UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

l'Assistance Médicale

aux Indigènes d'Algérie

(HOPITAUX ET INFIRMERIES)

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le Lundi, 29 Novembre 1915

PAR

M. BOURKAÏB MUSTAPHA

né à Alger, le 1er juillet 1884

MEMBRES DU JURY :

MM. SOULIÉ, *prof. de pathologie générale et microbiologie.* — PRÉSIDENT.

ROUVIER, *professeur de clinique obstétricale...* — JUGES.

RAYNAUD, *chargé des fonctions d'agrégé de médecine générale...* — JUGES.

PELISSIER, *chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie* — JUGES.

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1915

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

aux Indigènes d'Algérie

(HOPITAUX ET INFIRMERIES)

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
l'Assistance Médicale
aux Indigènes d'Algérie

(HOPITAUX ET INFIRMERIES)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le Lundi, 29 Novembre 1915

PAR

M. BOURKAÏB MUSTAPHA

né à Alger, le 1er juillet 1884

MEMBRES DU JURY :

MM. SOULIÉ, *prof. de pathologie générale et microbiologie.* — PRÉSIDENT.

ROUVIER, *professeur de clinique obstétricale... ....*

RAYNAUD, *chargé des fonctions d'agrégé de médecine générale.....*

PELISSIER, *chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie* — JUGES.

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (✻, I. ✿).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I. ✿, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✿).
Physiologie		REY (✻, I. ✿).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✿)
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻, I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✻, I. ✿)
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻, I. ✿).
Clinique ophtalmologique		CANGE (✻, A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✿, ✿).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT, (✻, I. ✿, O. ❁).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✿).
Histologie		ARGAUD (I. ✿).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✿).

AGREGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM.	GILLOT (I. ✿).
Physiologie		BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie, de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✿). FUSTER. (A ✿).
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD
Section de chirurgie		LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie et de ma profonde affection.

A MA VÉNÉRABLE GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA TANTE

A MON BEAU-PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

A TOUS MES BEAUX-PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur SOULIÉ

Professeur de Pathologie générale et de Microbiologie

Nous devons lui témoigner publiquement notre reconnaissance pour sa grande bonté, ses précieux conseils et son infinie bienveillance.

Si notre travail est de quelque utilité, c'est à cet éminent Maître que nous en serons redevables.

A MES JUGES

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A TOUS MES AMIS

AVANT-PROPOS

Nous voici arrivé au terme de nos études prêt à quitter cette jeune et déjà bien grande Faculté, si largement ouverte à tous, dans laquelle nous avons toujours trouvé, avec les leçons éclairées et savantes de maîtres éminents, une infinie bienveillance.

Nous attendions ce jour avec une joie d'autant plus grande qu'il devait être pour nous l'occasion d'accomplir un devoir bien agréable, envers tous ceux qui, à des degrés divers, surent nous inspirer, par leur haut et précieux enseignement, l'amour de l'art médical. Mais cette joie, aujourd'hui, n'est malheureusement pas sans mélange.

Combien grande est, en effet, notre mélancolie, profonde notre tristesse, devant l'aspect désert de cette enceinte où nous pensions retrouver nos meilleurs et très sympathiques amis.

La France ayant été victime de la plus brutale et de la plus sauvage agression, tous se sont levés à son appel et sont partis pour la défendre.

Nous avions espéré que cette guerre formidable aurait été terminée après un an, au cours duquel un ennemi féroce qui prétend posséder la plus haute culture, a commis tant de crimes qu'il s'est placé au dernier degré de la Barbarie.

Notre espoir ne s'est pas réalisé, et nos camarades doivent continuer la lutte implacable pour la défense du pays. Ils savent qu'ils défendent avec la cause de la France, la liberté, la justice et le droit.

Quelques-uns ont déjà succombé, et d'autres succomberont encore dans cette lutte gigantesque contre l'adversaire le plus formidablement armé dont l'histoire ait fait mention. Parmi les disparus, nous saluons la mémoire de nos regrettés amis

les Docteurs Alaux, Calamel et Michel ; et nous conserverons pieusement leur souvenir au fond de notre cœur.

Et maintenant, acquittons-nous de l'agréable dette de reconnaissance due à nos distingués maîtres.

L'expression de notre infinie gratitude et de nos respectueux remerciements ira tout d'abord à M. Liard, Vice-Recteur de l'Université de Paris. Sollicité, dans un moment difficile pour nous, de nous accorder la faveur de sa généreuse intervention, il répondit à notre appel, convaincu qu'il était de la légitimité de notre cause, et nous fit ouvrir toutes grandes les portes de la Faculté ;

A M. le Professeur Soulié, Professeur de Pathologie générale et de Microbiologie, Médecin des hôpitaux, qui ne nous ménagea ni son temps ni ses bons conseils, nous inspira notre thèse et nous fit le grand honneur d'en accepter la présidence ;

A M. le Professeur E. Vincent, qui fut notre premier maître de Clinique Chirurgicale et dont les intéressantes leçons contribuèrent pour beaucoup à notre instruction ;

A M. le Professeur Ardin-Delteil, qui nous enseigna les finesses de l'auscultation et dont les savantes leçons cliniques nous furent d'un charme inoubliable.

Tous nos respectables maîtres : MM. les Professeurs Curtillet, doyen de la Faculté de Médecine, Professeur de la Clinique chirurgicale enfantile ; Rouvier, Professeur de Clinique Obstétricale ; Brault, Rouvier, Crespin, Cange ; MM. les Docteurs Goinard, Moggi, Fuster, Ferrari, Lombard et Pélissier, qui nous accueillirent toujours avec la plus grande bienveillance dans leurs services et dont l'enseignement nous fut des plus profitables, ont aussi un large droit à notre reconnaissance.

Que nos maîtres de la Faculté : MM. les Professeurs Weber, Leblanc, Argaud, Poujol, Hérail, Gillot, Cabannes et Raynaud, veuillent bien accepter l'hommage de notre gratitude.

MM. Prengrueber, Domergue, Colas, médecins de colonisation, qui nous reçurent avec beaucoup de cordialité lors des visites que nous leur fîmes durant la préparation de ce travail.

MM. Luciani, Directeur des affaires indigènes ; de Vialar et Rozis, qui s'offrirent avec une attention toute particulière à nous fournir tous les documents qui pouvaient nous être utiles. A tous nous adressons nos remerciements et les assurons de notre infinie gratitude.

Mmes les Doctoresses Poligarnier et Fuster ; Mme Resural, sage-femme, ont droit aussi à notre gratitude pour la réception charmante qu'elles nous firent et les utiles renseignements qu'elles nous donnèrent.

Il nous reste pour terminer à exprimer tous nos remerciements à notre ami M. Mustapha Abdeltif, ainsi qu'à M. Paoli, pour l'extrême obligeance avec laquelle ils mirent à notre disposition les trésors de leur bibliothèque.

INTRODUCTION

Aux heures solennelles et graves où nous sommes, les plus graves peut-être de tous les temps, les musulmans qui peuplent le vaste empire de l'Afrique du Nord, parfaitement conscients de leur devoir vis-à-vis de la France, s'en acquittent avec le plus grand zèle et un entier dévouement.

Le mouvement spontané et si beau avec lequel ils ont saisi cette fois encore la glorieuse occasion de vaincre ou de mourir, s'inspire de leur sentiment de profond attachement pour elle, ainsi que de la reconnaissance de ses bienfaits, de sa pleine et continuelle sollicitude.

Voilà ce qu'il nous avait paru, en ce moment de dures épreuves, opportun et nécessaire de souligner à l'attention pour l'opposer aux craintes injustifiées tant de fois émises sur leur compte.

Le loyalisme des Musulmans, sujets français, est donc établi de façon indiscutable et nos coreligionnaires affirment en ce jour les droits qu'ils ont à la sollicitude française.

Nous nous sommes donnés pour but dans notre thèse inaugurale d'étudier une des formes de cette sollicitude : nous voulons parler de l'Assistance médicale aux indigènes d'Algérie.

Si nous avons choisi ce sujet pour en faire l'objet de notre travail, ce n'était, certes pas, comme on en jugera, sans raison.

Cette étude n'est pas entièrement nouvelle et beaucoup l'ont déjà traitée avant nous et avec compétence. On trouvera dans notre index bibliographique la mention de tous leurs travaux auxquels nous avons d'ailleurs fait de très larges emprunts. Et si nous avons crû devoir reprendre cette question, c'est aussi pour montrer les progrès apportés à sa solution. Nous montrerons également l'insuffisance de ce qui a été accompli

et nous rechercherons ce qui pourrait être fait, demandant aussi que l'on fit revivre des idées, que nous croyons bonnes aujourd'hui et qui ont été trop vite abandonnées.

Convaincus des grandes idées généreuses de la République, conscients des grands progrès qu'elle peut faire faire à notre race, qui eût un si beau lustre pendant les dix premiers siècles de l'Hégire, nous voudrions voir l'influence française pénétrer plus profondément la race arabe, et les bienfaits de la civilisation arriver jusqu'au goubi le plus isolé, jusqu'à la tente la plus reculée.

Les premiers médecins français venus avec l'armée ont bien vu quelle influence peut avoir sur cette pénétration l'action de la médecine, et M. Jonnart reconnaissait en 1903, du haut de la tribune du Parlement, au cours de l'exposé de son programme sur l'assistance aux indigènes, le large rôle qu'il faut reconnaître aux médecins dans la pénétration des cœurs musulmans de l'Afrique du Nord. Si nous y sommes arrivés, nous croyons avoir servi à la fois la cause de la civilisation et la cause de nos coreligionnaires, dont nous voudrions voir augmenter le bien-être.

Dans un premier chapitre nous dirons ce qu'a été la Médecine des Arabes au temps de leur apogée intellectuelle, ce que fut alors l'assistance publique, et on verra que celle-ci ne le cédait en rien à l'Assistance actuelle d'Europe, la mieux comprise et la plus luxueuse. Nous montrerons que la chute intellectuelle musulmane ne fut pas due au Coran, mais à l'interprétation tendancieusement erronée du livre saint.

Nous dirons ce qu'étaient la médecine et l'assistance au temps de l'Empire turc et citerons en détail tout ce que les Français ont fait de 1830 à 1910.

Notre deuxième chapitre sera l'étude des moyens actuels de l'assistance publique. Nous ferons une large part aux infirmeries indigènes qui sont les établissements hospitaliers les plus répandus, et, croyons-nous, ceux qui rendent le plus de services. Nous préciserons ce qu'est l'assistance médicale à domicile de nos jours et les services qu'elle rend malgré son état d'imperfection.

Dans notre troisième et dernier chapitre enfin, après avoir reconnu les grands résultats donnés par l'assistance actuelle

aux indigènes, nous lui adresserons quelques critiques, dont la principale sera le manque de moyens. Nous insisterons sur la nécessité d'étendre ce qui est fait, de multiplier les infirmeries et les postes de colonisation. Nous chercherons s'il n'y aurait pas autre chose à faire et dirons qu'elles sont les qualités que doit avoir le médecin du bled et quels auxiliaires on pourrait lui donner. Nous chercherons s'il ne serait pas possible et avantageux de revenir à l'officiat de santé, et si oui, comment devraient en être comprises les études.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

aux Indigènes d'Algérie

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous diviserons ce chapitre en deux parties : nous envisagerons d'abord l'assistance publique, pratiquée par les musulmans à l'époque où leur civilisation a brillé de son plus vif éclat, nous exposerons ensuite comment a été organisée l'assistance, par les Français, depuis qu'ils ont pris en mains l'administration de l'Algérie.

I. — La Médecine et l'Assistance médicale musulmanes

Dans une époque brillante qui se termina, il y a environ six siècles et demi, « la nation arabe inscrivait avec orgueil au rang de ses illustrations, les Rhazès, les Avicenne, les Aboulcassis, les Avenzoar, les Averrhoès, les Abou-El'Abbas, les Ebn el Beithar » (Bertherand) et les ouvrages arabes régnèrent dans les écoles de Médecine françaises durant plusieurs siècles (du XIII[e] au XVI[e]).

La sagacité de ces noms célèbres ne s'exerça pas seulement dans la science médicale. Les diverses autres branches du savoir humain furent également pour eux l'objet de profondes et fructueuses études.

C'est ainsi que beaucoup étaient le plus souvent à la fois philosophes, chimistes, mathématiciens, naturalistes ou médecins.

Mais le mouvement scientifique, l'excitation fébrile qui avaient enfanté tant de merveilles s'éteignirent bientôt « sous le souffle d'un pouvoir exclusivement théocratique, sous l'influence dissolvante de querelles intestines, entre les chefs rivaux, entre sectes shismatiques ennemies » (Bertherand) et peut-être aussi dans les spéculations stériles d'un mysticisme exagéré (Bertherand). L'enseignement officiel devint surtout religieux à tous ses degrés ; les sciences médicales subirent le sort de toutes les connaissances que le peuple qui avait créé les académies et les bibliothèques fameuses de Bagdad, de Cordoue, de Séville et de Bosrah, avait acquises ; elles furent rapidement oubliées, et la littérature elle-même ne s'occupa plus que de commenter le Coran.

Aussi, la valeur des médecins, des toubibs, tomba-t-elle bien vite très bas. Ne recevant plus dans les écoles publiques l'éducation professionnelle, ils faisaient, à titre onéreux, ou à titre d'interprète ou de serviteur, un apprentissage près des hommes de l'art. Et, après un temps plus ou moins long, ils allaient vendre les formules apprises, et appliquer leurs connaissances faites d'empirisme, de superstition et de magie. Quelquefois, ils soulageaient le patient ; le plus souvent, leur traitement était anodin, parfois il était néfaste ; toujours ils encourageaient le malade par quelques versets du livre saint.

Cependant, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Soleimanieh (Turquie) avait une grande réputation en Orient. Mais l'enseignement ne s'y faisait que par tradition et par préceptes et jamais l'œil des étudiants ne pénétrait dans l'intérieur du corps humain (La religion musulmane défend de toucher aux cadavres et interdit la vivisection sur les animaux). Il suffisait (Michaud et Poujolat, « Correspondance d'Orient », tome III, page 152 et suivantes), pour exercer la médecine à Constantinople, d'obtenir, pour quelques piastres, le diplôme ou patente délivré par l'Hakim Bachi (médecin en chef) qui, ne sachant pas un mot de médecine, n'en présidait pas moins à l'art de guérir.

De nobles et glorieuses tentatives furent faites vers 1830-

1840 par le vice-roi d'Egypte, Mehemet-Ali, qui, pour initier son peuple aux bienfaits de la civilisation, fonda des écoles pour l'étude des sciences, des ateliers, des usines pour les arts et l'industrie. Ces créations lui attirèrent l'admiration de l'Europe, et les Ecoles de Médecine furent comprises dans l'essor nouveau. Mais cet essor fut de courte durée. Des épidémies très meurtrières enlevèrent une partie de la population, et le reste « hâve, chétive, végétant sur les immondices, mourait sur le fumier ».

Ce fut là, jusque dans la deuxième moitié du XIX[e] siècle, le dernier essai de réaction contre la chute intellectuelle arabe.

Il faut bien dire que certains agents turcs voyaient avec plaisir cette décadence. Mokhtar, pacha de Jennina, écrivait : « Il n'y a que nous autres pachas, qui devrions savoir lire et écrire; si j'avais un Voltaire dans mes états, je le ferais pendre, et si je connaissais quelqu'un de plus puissant que moi, je l'immolerais à l'instant » (Bertherand).

Nombre d'Ulemas (lettrés) dans leur orgueil, condamnaient comme irreligieux et profane quiconque s'occupait d'autre chose que de tout ce qui regarde la religion et la théologie (Ben Omar El Tounsy « Voyage au Darfour », cité par Bertherand).

C'est la fourberie de certains de ces personnages qui, disons-le, les a conduits à cette interprétation, erronnée et par trop grossière, du Coran qui recommande au contraire « d'enseigner la science, de la désirer, d'en parler, de disputer pour elle ».

En 1849 (Monneret « Quelques mots sur l'état de la Médecine à Constantinople », *Gazette Médicale de Paris*), il n'y avait pas de médecine nationale à Constantinople et celle qu'on y trouvait était faite de lambeaux épars empruntés aux écoles étrangères et importés par les médecins italiens, allemands ou anglais. Ce n'est que dans le dernier demi-siècle que la pénétration européenne du monde musulman lui a donné un regain d'essor intellectuel. Une Faculté de médecine nationale fonctionne à Constantinople, des Facultés étrangères, dont une française, fonctionnaient à Beyrouth et l'enseignement qu'on y donnait, avant la période de troubles que nous traversons, était, quoique un peu moins étendu, de même nature que celui que reçoivent les étudiants européens.

En Algérie, l'Ecole de plein exercice ouvrit, en 1859, ses portes aux étudiants musulmans leur permettant d'en sortir avec le diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de pharmacien.

*
* *

Quoi qu'il en soit, au moment de l'arrivée des Français en Algérie, la majorité des Toubibs, qui faisaient profession de l'art de guérir, n'étaient nullement préparés à ce rôle, et leur rapacité ôtait tout espoir d'en faire les auxiliaires de l'assistance médicale.

Cependant, notre prophète Mohammed, et Sidi Khelil son principal commentateur, s'étaient occupés de charité et d'assistance. Le Coran, en effet, place la charité facultative et privée au rang des œuvres les plus agréables à Dieu et prescrit, de la façon la plus formelle, de prélever sur les fortunes personnelles et sur le trésor de l'Etat les sommes nécessaires à l'entretien des nécessiteux.

La zekate constitue l'une des bases de la religion musulmane. C'est une aumône qui purifie les capitaux et les autres branches de la fortune publique. La première dépense indiquée dans le Coran est celle qui doit être payée aux nécessiteux : les pauvres venaient au premier rang de ceux qui avaient droit à une part sur la caisse de l'Etat ou Beit El Mal el Mousslimine. Les orphelins, les voyageurs nécessiteux ne sont pas non plus oubliés.

Aussi, « les Arabes à peine initiés aux études médicales s'empressèrent-ils d'édifier et d'organiser des hôpitaux dans lesquels on faisait marcher de pair le traitement des malades et l'enseignement de l'art de guérir. » (Bertherand).

Les quatre premiers khalifes et les premiers Ommyades appliquèrent les principes du Coran et, pendant cet âge d'or où le khalifat allait de l'Hindoustan et des frontières de Chine à la Gaule, il n'y avait pas de pauvres tant le trésor public regorgeait de revenus de toutes sortes. Lorsque l'empire musulman devint une monarchie héréditaire et despotique, les choses changèrent par suite de la désaffectation illégale des ressources de la nation. Les pauvres apparurent et les Habous

créés par le second khalife Omar, surnommé le juste, entrèrent en fonction assurant l'existence des œuvres de bienfaisance et les mettant sous la sauvegarde de la religion.

Grâce aux Habous, un premier hôpital fut élevé à Damas, sous le règne de l'Ommyade Oulid Ebn Abd el Malek (88 de l'hégire, 706 de J.-C.). Plus tard, lorsque le siège de l'empire fut transféré à Bagdad, les premiers Abbassides et, notamment El Mahdi, Haroun El Rachid et El Mamoun firent élever des Caravansérails sur divers points du territoire et créèrent dans la capitale plusieurs établissements de bienfaisance où les pauvres étaient nourris, logés, habillés et soignés gratuitement.

Au Caire, les dynasties turque et kurde, investies par le Khalife, s'appliquèrent à la création de divers établissements d'assistance publique. Ahmed ben Thouloum, en 259 de l'hégire ; Cafour, premier ministre des Ikchid, en 344 ; Kalâoun, en 682 et El Mayad, en 821 (Hégire) créèrent des hôpitaux-hospices dans la capitale de l'Egypte. Le grand hôpital de Kalâoune dépensa jusqu'à 4.300 francs par jour.

Depuis Mehemet Ali, l'Egypte vit s'élever des hôpitaux et hospices qui ne le céderaient en rien aux établissements similaires des principales villes de l'Europe.

A Damas, le Sultan Nour Ed-Dine (lumière de la religion), le célèbre adversaire de Conrad III et de Louis VII, fit construire un hôpital-hospice qui servit de modèle à celui de Kalâoune.

A Cordoue, sous Abd-Er-Rahmane III (300 à 350 de l'hégire), il y avait 50 hôpitaux-hospices (200.000 maisons et 1.000.000 d'habitants). Ben El Ahmar dota Grenade, dernier boulevard de la civilisation arabe, de nombreux établissements similaires. De même, El Mansour fonda un hospice à Bagdad en 765. Mohamed Ebn El Hamar créa de nombreux hôpitaux pour les malades, des hospices pour les vieillards et les indigents.

Au VIII[e] siècle, l'hôpital Djondisabour avait une brillante renommée. Au X[e] siècle, Bagdad comptait un grand nombre de ces établissements et les malades y étaient divisés par catégories, les médecins placés suivant leurs aptitudes. On y tenait des registres d'observations médicales, des relevés

d'opérations. Rachid Ebn Essoury, savant botaniste, était attaché à l'hôpital de Jérusalem. L'hôpital de Damas eut une bibliothèque médicale importante grâce au célèbre Nour-Ed-Dine. Les hôpitaux d'Egypte (XIII-s.), de Syrie et de l'Irâck eurent un formulaire de médicaments dû à Aboul Fadhl Daoud ben Abd Beyan, médecin de l'hôpital Ennoury d'Egypte.

A l'époque du moyen-âge fut fondé par Mohamed Ibn Kalaoune, au Caire, un hôpital pour les aliénés (Merstane). Il reçut bientôt des malades de toutes catégories. Son luxe et sa renommée remplirent l'Orient pendant plusieurs siècles : les malades tourmentés par l'insomnie y eurent des conteurs et des musiciens à leur disposition ; les convalescents y trouvaient des distractions appropriées à leur rétablissement. Au VIII[e] siècle, une école de Médecine lui fut annexée.

Mais le Merstane tomba bientôt et Bertherand, qui l'a visité vers 1855, écrit qu'il n'en restait qu'un grand bâtiment menaçant ruine.

Ahmed Ebn Touloune consacra également d'immenses trésors à l'érection d'un hôpital au Caire. Les hôpitaux de Médecine de la Mecque, d'Antioche, d'Ispahan, de Chiraz, de Fez, de Bougie, etc., sont aussi signalés pour leur intelligente et complète organisation.

Le Nord de l'Afrique eut aussi ses hôpitaux. En 1688, Tlemcen possédait un hôpital vénitien (Delacroix), un hôpital génois, quatre pour les Maures et six pour les étrangers. Lorsque Oran était sous son plus grand lustre (6.000 maisons), il y avait nombre d'hôpitaux et Bougie en possédait plusieurs.

Au Maroc, l'Almohad Yacoub El Mansour, le célèbre vainqueur des Castillans de la grande bataille d'Alarcas, fit élever dans la ville de Maroc un des plus beaux hôpitaux-hospices. Il fut entouré de jardins « dont les arbres et les fleurs, tout en purifiant l'air et en exhalant une odeur exquise, devaient servir à l'agrément et à la consolation des pensionnaires ». El Mansour l'inspectait minutieusement tous les vendredis, s'encquérant des besoins des malades et prescrivant des mesures devant leur procurer le repos et le bien-être (VI[e] siècle de l'hégire).

Au X[e] siècle, Abd-el-Malek faisait construire un hospice

dans le plus beau quartier de Fez et le fournit d'eau au moyen d'un canal alimenté par l'Oued-el-Hassan.

Le Merstane de Tunis (aujourd'hui dispensaire municipal) fut créé par Hammouda pacha, le Mouradite, en 1073 de l'Hégire (1662 de Jésus-Christ). Il fut d'abord réservé aux blessés des troupes de terre et de mer, puis devint mixte. Il était entretenu par un habous.

En 1875, son altesse Sadik-Bey inaugura l'hôpital musulman actuel qui, en l'honneur de ce souverain, porte le nom d'hôpital Sadiki.

Il existe à Sousse un Merstane entretenu aussi par un habous de 1.500 francs. Sfax en possède deux relevant autrefois de l'Administration des habous. L'un d'eux devint l'hôpital civil en 1886 et l'autre, appartenant toujours aux habous, sert de salle des morts.

*
* *

L'assistance médicale militaire devait préoccuper l'émir Youssef qui, en 1184, faisait accompagner son armée d'un Toubib réputé. Abd-el-Kader attacha à ses troupes un chirurgien éclairé, lui donna tous les instruments et médicaments nécessaires et lui attacha des askers, infirmiers choisis parmi les plus intelligents et les plus susceptibles d'apprendre à professer le même état. Les askers malades étaient transportés et soignés dans une maison désignée par l'Emir.

*
* *

Avec la domination turque toutes les œuvres d'assistance tombèrent peu à peu. En 1839 (d'Aubignosc), les hôpitaux de la capitale des Sultans étaient dépourvus de médecins et de médicaments. Personne ne s'assurait de la réalité des décès. Il n'y avait point d'hôpital pour les femmes et les enfants et l'obstétrique était à peu près ignorée des médecins.

En 1850 (Dr Brandin), il existait à Tunis un hôpital pour les Indigènes, Arabes et Bédouins. Mais il était si misérable et tellement dépourvu de secours qu'il était plutôt un tombeau anticipé qu'une maison de secours.

II. — L'Assistance française aux indigènes d'Algérie

Le Gouvernement turc, qui précéda les Français en Algérie, n'avait laissé aucune trace d'organisation de l'Assistance musulmane. Il n'existait ni hôpitaux, ni infirmeries. L'exercice de la médecine n'y était pas contrôlé, les moyens des Toubibs très limités et parfois fantaisistes. Les indigents recevaient les secours des particuliers, des Zaouïas, ou des confréries religieuses. Les malades étaient réunis dans les hospices dépendant des mosquées et y attenant. En 1850 même, les Maures, pauvres, vieux ou infirmes, étaient réunis et soignés à Alger, dans une dépendance de l'asile Sidi Ouali Dada (marabout turc), rue du Divan (Plus tard, l'Administration française a remplacé cette incomplète institution par l'Hospice musulman de la rue Zama).

Dès l'occupation française, les médecins militaires qui accompagnaient l'armée « s'efforcèrent de donner leurs soins et leurs conseils aux populations musulmanes voisines des postes ». Le major de Boufarik, en 1834, donna des consultations avec un grand succès. En 1835, une infirmerie est installée sous une tente, dans l'enceinte du camp d'Erlon, et reçoit quinze malades.

Les hôpitaux militaires devenus mixtes furent bientôt ouverts aux indigènes ainsi que les hôpitaux civils. En 1845, le ministre de la guerre décida, en effet, que les Arabes seraient soignés gratuitement par les médecins militaires et qu'ils seraient admis dans les hôpitaux européens. Les médecins civils qui s'établirent bientôt en Algérie donnèrent, eux aussi, leurs soins aux indigènes qui venaient les consulter.

Le docteur Bertherand, l'un des précurseurs de l'Assistance médicale en Algérie, essaya de créer à Alger un hospice pour les malades indigènes. Mais il ne fut pas aidé en haut lieu, et son organisation dût rester à l'état rudimentaire : son établissement, ouvert en 1850, dut cesser de fonctionner au bout d'un temps très court.

Le 21 janvier 1853, un Arrêté ministériel créait les médecins de colonisation qui devaient donner leurs soins gratuits aux européens et aux musulmans sans ressources, diriger les

infirmeries civiles et délivrer les médicaments dans les localités où il n'existait pas de pharmacies.

Au cours d'un voyage qu'il fit en Algérie, en 1865, Napoléon III avait exprimé la volonté de consacrer une somme importante à la construction d'hôpitaux où les indigènes malades seraient recueillis et soignés (M. Colin). Ce n'est qu'en 1874 que l'idée reçut un commencement d'exécution avec le Cardinal Lavigerie.

De très bonne heure donc les hôpitaux algériens ont été ouverts à nos coreligionnaires dans les mêmes conditions qu'aux Français et aux étrangers européens. Mais ces hôpitaux n'existent guère que dans les centres de population européenne et leur organisation même en éloigne les Indigènes : obligation de prendre la nourriture commune, de se soumettre aux règlements généraux, crainte de l'autopsie après décès, des mutilations, etc. Aussi, les Musulmans ne s'empressèrent pas dans ces hôpitaux, ils les évitèrent même parfois.

Certains voulurent mettre cette répugnance sur le compte du fatalisme indigène qui veut que le mal venant de Dieu, il n'appartient qu'à Dieu de le retirer. C'est là une grossière erreur ; la vraie doctrine musulmane fait au contraire un devoir aux fidèles de rechercher les soins à apporter aux maladies.

Qu'on en juge, d'ailleurs, par ces quelques Hadiths (paroles du prophète qui, sans se trouver dans le Coran, ont été recueillies et conservées par la tradition), qui montrent bien l'esprit même de l'Islamisme à ce sujet :

Hadits : « *Dieu n'a créé aucune maladie pour laquelle il n'ait également créé un remède* » (Abou-Horeira).

« *Toute maladie a un remède ; quand on emploie un médicament approprié à une maladie, le malade guérit par la volonté de Dieu* » (Djabir).

« *Les Arabes demandèrent au prophète : « Envoyé de Dieu, ne devons-nous pas nous soigner en cas de maladie » ? — Certainement, répondit-il, soignez-vous, serviteurs de Dieu, car Dieu a assigné un remède à toutes les maladies, à l'exception d'une* ». — « *Qu'elle est, dirent-ils, cette maladie sans remède* » ? — « *La vieillesse* », *dit le prophète.* (Imam Ahmed,

fondateur de l'école Hambalite, l'une des quatre écoles orthodoxes du culte musulman.)

A défaut d'un médecin arabe compétent, le croyant peut s'adresser à un infidèle. Le Prophète consulta El-Arib ben Kelda, qui n'était point musulman. Etant malade, le célèbre Imman El-Mazari se fit soigner par un juif. Celui-ci lui fit remarquer qu'en le tuant il accomplirait un acte méritoire au point de vue de sa religion, mais qu'il ne ferait jamais une action pareille. El-Mazari, séduit par cette conduite, étudia la médecine (El Kharchi, dans son commentaire de Sidi-Khelil). Sidi Khelil, le plus célèbre commentateur du Coran, reconnaît au médecin non musulman, le pouvoir de dispenser le malade de toutes les pratiques religieuses, contraires au traitement.

D'autre part, les Indigènes, qui répugnent à l'hospitalisation dans les établissements européens, ont toujours recherché l'avis du médecin français pour eux, leurs femmes et leurs enfants (M. Colin). Ils attendent sa réponse avec une gravité anxieuse, attestant leur confiance. Madame Chellier a écrit : « J'ai été frappée par l'empressement des malades à solliciter mes soins, leur confiance complète dans le traitement institué ».

Il n'est donc pas vrai que nos coreligionnaires répugnent aux soins donnés par les médecins français. Cependant, il est sans conteste qu'ils se trouvaient mal dans les hôpitaux civils ou mixtes. C'est de cette constatation que devait naître l'idée des hôpitaux spécialement réservés aux Indigènes.

En 1874, le Cardinal Lavigerie, à l'instigation du général Wolf, commandant la division d'Alger, installa dans deux villages de la plaine du Chélif des enfants indigènes devenus orphelins après la grande famine de 1867. En 1876, il créait l'hôpital Sainte-Elisabeth et en confia l'exploitation aux missionnaires d'Afrique, ou Pères Blancs. C'est sous le Gouvernement de Chanzy que fut installé l'hôpital de Saint-Cyprien-des-Attafs, à l'aide de subventions importantes allouées sur le budget à l'Archevêque d'Alger, sous réserve que les Pères Blancs se soumettraient aux clauses et charges d'un contrat.

L'hôpital Sainte-Elisabeth compta bientôt 120 lits et acquit une très grande influence. Encouragés, les Pères Blancs et les Sœurs Blanches se mirent à donner des soins aux indigènes de la Kabylie et de l'Aurès.

Une visite à Saint-Cyprien-des-Attafs montra à M. Cambon que là était la voie vraie.

Il passa, dans des conditions analogues, avec le Procureur général de la Société des Missionnaires d'Afrique, les contrats concernant les hôpitaux indigènes d'Arris, de Beni-Menguellet, de Biskra et de Ghardaïa.

L'hôpital de Ouarzen, dans la tribu de Beni-Menguellet, fut terminé le 15 avril 1894 et placé sous le vocable de Sainte-Eugénie en mémoire de Mme Cambon. Les 100 lits furent rapidement occupés et l'ont toujours été, deuxième preuve (après Saint-Cyprien) qu'il suffit d'approprier l'hospitalisation aux habitudes et aux besoins des indigènes pour leur en faire apprécier les bienfaits.

En août 1895, l'hôpital d'Arris (hôpital Saint-Augustin), dans la vallée de l'Oued-el-Abiod, fut ouvert : même succès éclatant ; il reçut plus de 600 malades en moins d'un an et comprit aussi 100 lits.

Dans la même année fut inauguré, à Biskra, l'hôpital Lavigerie (80 lits). Enfin, en 1897, celui de Ghardaïa (80 lits) fut aussi ouvert aux malades indigènes.

Dans un voyage dans le Sud oranais, M. Cambon reconnut l'utilité d'un établissement du même genre à El-Abiod-Sidi-Cheikh. Dans l'extrême Sud de la province de Constantine, à Aïn-Madhi, Si Ahmed Tedjini, le cheikh de la puissante confrérie des Tidjanya, offrit, en 1898, les terrains nécessaires à la construction d'un établissement hospitalier analogue. En 1899 (M. Colin), d'autres étaient projetés dans le Dahra, à Mazouna, et dans le Sud oranais, à Djenien-bou-Rezg, sur la route de Figuig.

Ces projets n'eurent pas de suite. Mais l'accueil fait par les indigènes aux hôpitaux qu'on leur réservait permit à M. Maurice Colin d'écrire en 1899 : « Le succès de l'œuvre des hôpitaux indigènes n'est plus dans les choses discutables... une grande part de ce succès revient au dévouement des Pères et Sœurs Blanches parlant admirablement la langue arabe et dont la foi est faite de dévouement ».

Les indigènes n'entrent guère dans les hôpitaux européens qu'autant qu'on les y porte. Le succès des hôpitaux Lavigerie, où les malades vivent très librement, mangent leur nourriture

ordinaire, sortent et reviennent quand ils le désirent sans aucune formalité, sont ensevelis suivant le rite musulman, pouvant enfin faire leurs prières, montre bien qu'ils étaient choqués par les habitudes européennes.

Ces établissements indigènes furent, jusqu'en 1904, sous la direction presque exclusive des Missionnaires d'Afrique. Le Gouvernement Général payait les journées des malades hospitalisés. En 1904, alors que M. Jonnart, Gouverneur Général de l'Algérie, s'occupait activement de l'organisation de l'assistance médicale indigène, on rappela le droit de contrôle du Gouvernement, et que la désignation du médecin traitant doit être faite par le Préfet ou le Général Commandant la division. Ce médecin a le droit de contrôler le mode de traitement et le régime imposé aux malades. Certaines lacunes existaient d'ailleurs : absence d'internes capables d'assurer une contre-visite, d'infirmiers au sens propre du mot, absence d'aménagement permettant de recevoir utilement des malades atteints d'affections aiguës ou chirurgicales.

Longtemps pour les femmes, la situation, au point de vue médical, resta ce qu'elle était sous les Turcs : leurs maris les tenaient à l'écart et ne se résolvaient à les faire traiter qu'à toute extrémité ou dans le cas d'extrême urgence. Ceux qui soignent les femmes dans les infirmeries ou les hôpitaux, sont des hommes : c'est là la raison fondamentale de leur abstention, surtout quand il s'agit d'affections génitales. Mme Chellier écrivait : « Les femmes chaouïa (d'accès plus facile que les femmes arabes) refusent les soins d'un homme musulman ou chrétien, tandis qu'elles se livrent et donnent entière confiance à la femme. » En 1863, le Docteur Patin, Directeur de l'Ecole de Médecine d'Alger, disait : « Ce que le médecin-homme ne saurait faire, la femme-médecin le réalisera peut-être. »

Duruy eut l'idée de créer une institution de femmes médecins ; l'impératrice Eugénie la patronait. La chute de l'Empire entraîna celle de ses projets.

Bien avant, d'ailleurs (1807), Pierre du Bois exposait à Edouard I^er^, roi d'Angleterre, un plan pour achever et compléter l'œuvre des croisades. Des femmes, préparées dans des instituts spéciaux apprendraient le latin, le grec, l'hébreu,

l'arabe, les sciences naturelles, la médecine et la chirurgie et seraient envoyées en Orient où elles ne manqueraient pas de gagner, comme médecins, la confiance des peuples par leur science et leur habileté.

M. J. Cambon, en 1895, demanda dans les communes mixtes quel accueil serait fait à des sages-femmes françaises envoyées pour assister les mères indigènes. En 1895, Madame Chellier, doctoresse, fut chargée, par M. Cambon, de missions ayant pour but l'étude de la pathologie de la femme arabe, et les moyens de lui assurer les soins médicaux.

Après cette étude préliminaire, on tente, en 1896, un essai pratique et nomme une sage-femme à l'hôpital indigène de Saint-Cyprien-des-Attafs. Son double but était d'assister les femmes arabes se présentant à l'hôpital pour leurs couches, et de recruter des élèves indigènes, les matrones qui auraient appris par la pratique l'art des accouchements.

En même temps on installait en divers points, près des grandes agglomérations, des sages-femmes chargées de faire des cours d'obstétrique aux indigènes et de lutter contre les pratiques dangereuses de certaines matrones.

L'une fut placée à Sidi-Aïch (commune mixte de la Soummam, (Kabylie). Elle attira la confiance des indigènes qui, plusieurs fois, la mandèrent spontanément en tribu. On se montra même très fière d'avoir été accouchée par elle. Une deuxième sage-femme fut installée à Arris, une troisième à El-Kantara (commune mixte d'Aïn-Touta).

Mme Chellier proposa sept nouveaux postes dans le département de Constantine, quatre dans celui d'Oran, et deux dans celui d'Alger. Mais le départ de M. Cambon et les événements troublés qui se déroulèrent ensuite en Algérie ne permirent pas de donner suite au projet de former et d'installer des sages-femmes indigènes.

La sage-femme française placée à la tête de la Maternité annexée à l'hôpital de Beni-Menguellet, réussit à former des élèves. Mais à Saint-Cyprien, où la sage-femme ne parlait pas l'arabe, l'échec fut complet. On fit savoir aux matrones indigènes qu'elles recevraient un franc de prime pour chaque journée de présence. Les cours furent alors fréquentés par un si grand nombre d'aspirantes, que la dépense aurait atteint

100.000 francs par an, si on n'avait pas modifié le système de recrutement. On remplaça l'allocation par des primes d'encouragement données aux plus méritantes : toutes les aspirantes se dispersèrent. Devant ce résultat néagtif, les sages-femmes, sauf celles de lhôpital de Michelet, furent supprimées.

Les infirmeries spéciales aux femmes et dirigées par des médecins femmes, eurent un bien plus grand succès. C'est Mme Legey qui reprit l'idée de cette institution et, ayant reçu un accueil favorable de M. Jonnart, elle commença l'insallation d'une clinique indigène pour femmes, en plein Alger, en 1902. Les malades arrivèrent rapidement en grand nombre.

Des cliniques semblables furent ouvertes à Oran, Constantine, Tlemcen, Maison-Carrée, toutes dirigées par des femmes médecins. Puis, des doctoresses furent également installées à Bône, Blidah, Milianah et chargées de donner des consultations gratuites aux femmes et aux enfants musulmans.

Devant le succès des hôpitaux indigènes et devant la répugnance par les musulmans à fréquenter les établissements hospitaliers civils ou mixtes qui, n'existant que dans les grandes villes, sont éloignées des douars et de la famille, le Gouvernement Général chercha à multiplier ces hôpitaux. Développer ce qui avait déjà été fait aurait, malgré l'appoint en espèces et en travail que les indigènes auraient apportés volontiers, dépassé les possibilités du budget de la Colonie. On fut donc obligé de réduire les prétentions premières et de faire moins beau que les hôpitaux ; c'est alors que se multiplièrent les infirmeries indigènes.

Elles étaient, d'ailleurs, déjà nées : le docteur Bertherand avait reconnu que l'Indigène ne venant pas à nos hôpitaux (distance trop grande, éloignement des familles et des intérêts), ou n'y restant pas (ennui, nostalgie), il fallait aller vers lui.

De 1854 à 1859, une infirmerie indigène fonctionna à Sidi Bel-Abbès et son histoire a été racontée par le médecin-major H. Bertrand (in « Recueil de mémoires de médecine, chirurgie, pharmacie militaire », tome XVIII, Paris 1867).

Charbonnier, en 1874, à Saint-Donnat, installa vingt lits dans une grande baraque et s'adjoignit un infirmier et une infirmière cuisinière : le prix de la journée fut de 1 fr. 75.

Le médecin-major Foubert, médecin chef de l'hôpital de Marnia, fonda bientôt l'infirmerie indigène de Marnia.

En octobre 1901, M. le Médecin principal Henyer, docteur du service de santé d'Oran, engageait le docteur Romary à chercher à obtenir à Aflou, territoire de Tiaret, la création d'un établissement semblable.

A Géryville, le médecin-major Coste fit affecter une maison de style arabe au traitement des malades indigènes : elle devint le Dar-el-Toubib qui fonctionnait en 1902.

Le docteur Gros, avant 1903, s'était inspiré de ce que l'on a fait aux Indes anglaises et aux Indes néerlandaises où, depuis longtemps, on a cherché à résoudre, d'une manière économique, le problème de l'Assistance médicale d'une population très dense et très pauvre. Il a tenu compte, en même temps, des aspirations des Musulmans et des affections qui les frappent le plus. Il a tenté d'assister le plus efficacement, le plus rapidement, avec le moins de frais possible, le plus grand nombre possible d'indigènes. Il ouvrit l'infirmerie de Rebeval, le 1er juin 1903 ; on lui accorde une subvention de 2.400 francs (Gouvernement Général). Elle reçut tous les indigènes qui s'engageaient à subvenir à leurs dépenses d'alimentation, ou ceux dont les communes prendraient à leurs charges les frais de nourriture. Des consultations gratuites furent données quotidiennement et complétées par des distributions gratuites de médicaments. La Commune donna une subvention de 400 francs.

M. Gros trouva comme infirmier un jeune indigène, très intelligent, très zélé, parlant correctement le français, et muni du certificat d'études primaires, capable d'aider dans les opérations et pansements, de tenir les cahiers de visite, de préparer des médicaments et de servir d'interprète.

Les résultats obtenus par M. Gros, durant les quatre premiers mois, dépassèrent ses espérances. Son dispensaire surtout prospéra, et les appréhensions premières tombèrent bien vite, sans pression d'aucune sorte. Mais il restait difficile d'obtenir des malades de revenir, à périodes régulières, jusqu'à guérison. Les dépenses furent dérisoires en regard des résultats obtenus.

M. Jonnart, en 1903, reprend les idées de M. Cambon. Il

fait affecter les centimes additionnels perçus jadis pour la constitution de la propriété indigène, exclusivement à des œuvres d'assistance médicale aux Musulmans.

Dès ce moment furent établis ou mis en projet les premières infirmeries, des consultations gratuites avec délivrance également gratuite de médicaments, des consultations de femmes et d'enfants, des bureaux de bienfaisance, enfin une hygiène des sources et des égouts.

Dans les infirmeries, on a cherché à adapter étroitement l'aménagement aux goûts des indigènes, afin que ces derniers s'y sentent un peu plus chez eux que dans les hôpitaux civils ou mixtes. Le Gouvernement Général accorde une indemnité variable, destinée à l'installation des locaux, à l'achat d'un mobilier sommaire et de médicament ou d'instruments, à allouer une indemnité au médecin. Les dépenses journalières seront remboursées par les communes auxquelles appartiennent les malades.

Pour aider le médecin de colonisation dans sa lourde tâche, on créa en 1904, en Algérie, les auxiliaires médicaux, analogues à ceux de Tunisie institués en novembre 1903. Ces nouveaux agents avaient pour rôle d'assister leur chef soit dans les infirmeries, soit dans les consultations données dans les tribus ou sur les marchés. Le Gouvernement Général avait spécifié qu'ils pourraient être chargés, sous la direction et le contrôle du médecin, de distribuer et d'administrer certains médicaments, de faire un pansement préparatoire, de pratiquer les vaccinations, des lavages anti-ophtalmiques, et d'exécuter tous les petits travaux qui sont d'ordinaires confiés à un infirmier expérimenté. Ils étaient recrutés parmi les indigènes âgés de 19 à 24 ans, faisaient deux années d'études préparatoires à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger et un stage à l'hôpital civil de Mustapha. Chaque année se terminait par un examen et la scolarité par un certificat.

Des pharmacies scolaires furent instituées en principe par M. Cambon, Gouverneur Général. Multipliées, établies dans les écoles indigènes, loin du médecin, elles renferment des remèdes d'usage courant : quinine, sulfate de zinc ou de cuivre, acide borique, etc.

Le Gouvernement Général a cherché à utiliser la bonne vo-

lonté des instituteurs. Ceux-ci reçoivent, à la Bouzaréah, un enseignement d'hygiène et les instituteurs français de la section spéciale reçoivent un enseignement de médecine usuelle. Cet enseignement a pour but de les rendre aptes à donner quelques conseils, voire même quelques soins aux indigènes, et surtout de répandre chez leurs élèves les idées hygiéniques modernes, les préparant ainsi à venir plus tard demander les soins du médecin pour eux, leurs femmes et leurs enfants.

Ces notions élémentaires données aux instituteurs ont soulevé quelques critiques. M. Bernard, docteur de l'Ecole de la Bouzaréah, a certainement exagéré la « Complaisance trop optimiste » en voyant dans ses élèves de « futurs praticiens » examinant et auscultant des malades, suivant « pas à pas le cours des maladies », écoutant des leçons cliniques, déterminant « les causes de la maladie, ses phases probables, ses suites, le traitement qu'il convient d'instituer ».

Tous les médecins savent combien le diagnostic et le traitement sont difficiles à déterminer, malgré une longue éducation qui s'affermit tous les jours par la pratique. Cependant, si les instituteurs veulent bien se cantonner dans le rôle non effacé qu'ils peuvent remplir, il est possible d'en faire de précieux auxiliaires du médecin, à condition qu'ils ne fassent que ce qu'ils savent bien faire, et n'emploient que ce qu'ils savent bien employer.

On a reproché aux instituteurs et aux auxiliaires indigènes de ne pas toujours donner des soins compétents. On leur a même reproché, malgré leur insuffisance d'instruction médicale, une « suffisance inconsciente ». On a reproché aux auxiliaires indigènes une certaine tendance au rôle de Toubib un peu éclairé, et de faire usage de connaissances parfois dangereuses, par conséquent incomplètes ou même embryonnaires

D'aucuns même, dit-on, iraient jusqu'à pressurer leurs coreligionnaires en pratiquant illégalement la médecine.

Comme le dit Mme Abadie-Feyguine, il faut juger la question de haut et non tant se demander s'il y a exercice illégal de la médecine, que s'il y a ou non services rendus aux indigènes. M. Jonnart a traduit l'esprit large qui a conçu le concours précieux des auxiliaires médicaux (instituteurs ou indi-

gènes). En raison de l'éparpillement des populations indigènes, il est impossible que le médecin aille partout. Certains médicaments, tels que la quinine, peuvent être administrés sans intervention d'un homme de l'art. Et, dans la pensée de l'ancien Gouverneur général, l'entente entre le médecin et ses auxiliaires ne peut avoir pour résultante que le bien des indigènes.

Cela est indiscutable ; mais, pour que l'on s'entende entre voisins, il ne faut pas empiéter sur les biens l'un de l'autre. Nous croyons que M. Jonnart aurait voulu faire empiéter un peu sur le champ d'action des médecins. Cette opinion sur la quinine et le paludisme, est celle qui a conduit à la quininisation à outrance ou à tort et à travers. Les doses de quinine, efficaces dans certaines formes de paludisme, ne sont pas toujours sans inconvénient dans les affections autres. Que l'on fasse 1 gr. 50 en injection à un typhique avec insuffisance hépatique ou rénale, avec myocardite, et l'on jurera de s'en abstenir à l'avenir. La quinine est hémolysante, déprimante aux doses anti-paludéennes. Si l'on veut se borner aux 15 centigrammes, dose cardiotonique et stomachique, dose anodine en tous cas, son action anti-palustre sera nulle.

Mais quand les instituteurs et auxiliaires médicaux agissent dans la mesure indiquée, lorsqu'ils suivent les ordres du médecin, s'ils se bornent à ce que celui-ci — qui ne mettra pas longtemps à connaître leurs capacités, leur savoir-faire — appréciera ce qu'il doit leur permettre, tout sera alors pour le mieux possible, sous le plus beau des soleils, pour la santé des indigènes.

Le Gouvernement Général édicta, en 1904, une série de mesures prophylactiques et thérapeutiques des ophtalmies. Les mesures applicables dans les ksours sahariens, dans les centres kabyles et dans les agglomérations, consistent en lotions boriquées dans les villes, les douars, les écoles, à tous les indigènes dont les yeux sont fatigués. En cas de maladie confirmée, on fait appel au concours d'un médecin. Le service anti-ophtalmique a trouvé de bons agents dans les employés communaux européens ou indigènes, et les instituteurs. L'empressement des indigènes a été très encourageant et, en 1904, on a distribué 3.208 kl. 800 d'acide borique.

En 1904 aussi, fut entreprise une campagne anti-paludique, même chez les indigènes. On conseilla aux arabes de se quininiser régulièrement, voulant ainsi atteindre l'hématozoaire dans son réservoir humain (grande difficulté à atteindre l'anophèle). C'est là une erreur, car on doit quininiser seulement les paludiens et le faire méthodiquement.

Une circulaire du 23 mars 1904 définit les conditions d'aménagement des sources thermo-minérales dont le nombre est si important en Algérie. L'idéal poursuivi était d'en rendre l'utilisation rapide et économique pour les indigènes pauvres. La nécessité de bains spéciaux, ou de jours spéciaux pour les femmes, était de toute évidence. Cette question a, comme toutes les autres, retenu jusqu'à nos jours l'attention de la haute Administration. Et nous avons à cœur de dire que les résultats obtenus sont des plus encourageants et rendent légitimes les plus hauts espoirs.

Ajoutons enfin les bureaux de bienfaisance qui, eux aussi, ont toujours reçu de l'Administration les encouragements les plus variés et notamment des subventions. Quelques-uns ont créé des consultations gratuites.

CHAPITRE II

L'ÉTAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE AUX INDIGÈNES D'ALGÉRIE

§ Ier. — L'assistance dans les territoires du Nord

L'Algérie est divisée en deux zônes absolument distinctes dont l'une constitue les territoires du Nord, et l'autre ceux du Sud.

Nous diviserons ce chapitre en deux paragraphes dans lesquels nous étudierons en détail les diverses formes d'assistance données actuellement aux indigènes dans chacun de ces territoires.

Les Hôpitaux civils

Nous n'entrerons nullement dans les détails de l'organisation de ces établissements. Nous ne retiendrons que le prix de journée qui est de 3 francs à 4 fr. 50, nous bornant à faire remarquer que ce prix est très élevé, relativement à celui des établissements dont nous aurons à parler plus loin.

Pendant le courant de l'année 1912, ont fonctionné, dans les trois départements, 15 hôpitaux civils, 5 hôpitaux-hospices, et 3 hospices. Ces établissements sont :

1° Hôpitaux :

a) *Département d'Alger* : Alger-Mustapha, Boufarik, les hôpitaux indigènes de Michelet, de Saint-Cyprien-des-Attafs (Ste-Elisabeth) ;

b) *Département d'Oran* : Oran, Relizane, Aïn-Témouchent ;

c) Département *de Constantine* : Bougie, Philippeville, Souk-Ahras, Akbou, Mila, Oued-Athménia ; les hôpitaux indigènes d'El-Arris et de Biskra (Saint-Augusitn, Lavigerie).

2° Hôpitaux-Hospices :

a) *Département d'Alger* : Douéra, Marengo, Ménerville ;

b) *Département d'Oran :* Saint-Denis-du-Sig ;

c) *Département de Constantine :* Constantine.

3° Hospices :

a) *Département d'Alger :* Asile de la rue des Pyramides ;

b) *Département d'Oran :* Asile de Misserghim ;

c) *Département de Constantine :* Bône et El-Arrouch.

Le personnel médical de ces établissements comprend 78 médecins, chirurgiens et pharmaciens et un total de 4.106 lits, dont 1.546 sont affectés à des incurables ou vieillards.

On a traité, en 1912, dans les hôpitaux et hospices civils (hôpitaux indigènes compris), 8.278 musulmans sujets français, 255 autres musulmans et 1041 autres indigènes. Les chiffres des autres malades traités (Européens en général) s'élèvent à 17.965.

Le contrôle central des services d'hospitalisation a accusé 2,148 entrées et 18.251 journées de plus en 1913.

En 1914, les hôpitaux civils d'Algérie ont reçu 330.934 fr. de subvention et les hôpitaux militaires 16.165, soit un total de 347.599 francs. Le crédit prévu était de 350.000 francs.

Les Hôpitaux mixtes

Ces hôpitaux dépendent de l'autorité militaire. Leur personnel masculin est militaire (médecins, infirmiers, etc). Ils sont aussi munis d'infirmiers civils auxquels on adjoint, pour y faire leur stage les auxiliaires médicaux.

Ils reçoivent les malades militaires et civils qui sont répartis dans des salles différentes, sauf quand leur nombre tombe trop bas.

Dans ces dernières années, la pénurie de médecins militaires a obligé les Directions de service de santé à requérir les médecins civils de certains centres. Les indigènes, dans ces hôpitaux, comme dans les établissements civils, sont mélangés aux européens ; mais, en général, ceux-ci connaissent la langue arabe et heurtent moins les sentiments de leurs voisins de lits.

Néanmoins, la nourriture, commune, est toujours préparée à l'européenne, ce qui ne peut que choquer les habitudes musulmanes qui excluent de l'alimentation certaines matières premières.

Ces hôpitaux militaires sont répartis ainsi qu'il suit (1912) :

Département d'Alger : Aumale, Blida, Boghar, Bou-Saâda, Cherchell, Dellys, Djelfa, Fort-National, Ghardaïa (infirmerie-hôpital), Hamman-Rhira (hôpital thermal), Koléa, Laghauot, Médéa, Miliana, Orléansville, Ténès, Téniet-el-Haad, Tizi-Ouzou.

Département d'Oran : Aïn-Sefra, Arzew, Bonnet (Daya), Colomb, El-Aricha, Frenda, Géryville, Lalla-Maghnia, Mascara, Mostaganem, Namours, Saïda, Sebdou, Sidi-bel-Abbès, Tiaret, Tlemcen.

Département de Constantine : Aïn-Beïda, Batna, Biskra, Bône, Bordj-bou-Arréridj, Collo (infirmerie de garnison), Djidjelli, El-Goléa, El-Milia, Guelma, Khenchela, La Calle, Ouargla, Philippeville, Sétif, Souk-Ahras, Tébessa, Touggourt (infirmerie de garnison).

Ils ont traités en 1912 : 7.106 musulmans sujets français (6.585 hommes, 475 femmes, 45 garçons, 38 filles) ; 207 musulmans marocains, tunisiens ou autres (187 hommes, 19 femmes, 1 garçon) ; 65 sénégalais et 855 israélites algériens contre 24.953 européens.

Les Hôpitaux indigènes

Ces hôpitaux sont au nombre de quatre : deux pour le département d'Alger (Saint-Cyprien-des-Attafs et Michelet) et deux pour le département de Constantine (Arris et Biskra).

L'hôpital d'El-Abiod Sidi Cheickh (cercle de Géryville), créé en 1897, n'eut qu'une durée éphémère. Inauguré en 1899, il fut évacué en 1901, peu après la suppression du poste d'El-Abiod. Il fut remplacé plus tard par une infirmerie. Comme exemple d'organisation et d'installation, nous décrirons l'hôpital de Michelet, que nous avons eu l'occasion de visiter en détail.

Hôpital de Michelet

A une distance d'environ 1.800 mètres du petit village de Michelet, lieu de résidence du médecin de colonisation, s'élève, dans un cadre magnifique, entouré de collines et de montagnes, qui étagent au loin leur cime verdoyante, l'hôpital Sainte-Eugénie, spécialement créé pour les indigènes, en 1894.

Installé en un point où l'écoulement des eaux nous a paru se faire dans de bonnes conditions, cet établissement, d'une blancheur éclatante, se compose d'abord d'un bâtiment en pierres, parallèle à une allée plantée de figuiers et de châtaigniers, qui, en cette région, poussent en abondance. La construction, vaste, en est des plus heureuses. L'extérieur, très élégant, est, au moins dans sa façade principale, vaguement de style mauresque, présentant une longue galerie dont les arceaux gracieux rappellent en petit les majestueuses arcades de nos grandes et belles maisons d'Alger. Cette galerie forme une promenade aux malades, qui, en été, sortent pour respirer l'air frais du soir. Pour y accéder, on doit traverser un jardin qui mène directement vers l'entrée. Celle-ci conduit dans un large couloir qui traverse le bâtiment en son milieu. A droite, on trouve le bureau des entrées (cabinet du médecin) et, lui faisant suite, la salle Bartolomé, réservée aux femmes et aux enfants. Tout au fond, est le logement des sœurs blanches. A gauche, on trouve le parloir, la salle Saint-Paul, réservée aux hommes, et, enfin, la cuisine.

Les salles de malades, très spacieuses, bien aérées contiennent chacune trente lits, auxquels on pourrait en ajouter quatre autres, si besoin était. Les lits ne sont point sans originalité : construits en maçonnerie, ils se présentent sous la forme de tumuli, sur lesquels on jette les matelas ; c'est là une disposition qui est fort goûtée des indigènes, puisqu'elle répond à leurs habitudes de coucher sur la dure.

Auprès de chaque lit, est une table de nuit rustique sur laquelle se trouvent déposés un crachoir et les médicaments des malades. Au centre de la salle est un poële, et au fond s'ouvrent deux cabinets d'isolement pour les tuberculeux avancés,

les moins gravement atteints étant admis dans la salle commune. Ces salles sont d'une tenue et d'une propreté impeccables. Les murs, dépourvus de toute garniture, sont blanchis à la chaux. Les plafonds sont dans le même genre, et cet ensemble a une physionomie qui ressemble assez à celle des établissements hospitaliers des centres. Voilà pour ce qui est du corps principal. Quant à la salle d'opérations, installée dans une petite construction indépendante, située à droite et très proche du bâtiment, elle contient une table d'opérations et de pansements, une armoire à intsruments, renfermant un attirail médico-chirurgical assez complet pour permettre au médecin les interventions courantes.

Eloignés d'une quarantaine de mètres de l'établissement et à gauche, se trouvent les annexes, locaux servant de magasins d'objets de pansements, de lingerie, de buanderie, de salle de bains. Plus loin, enfin, le pavillon d'isolement.

Le personnel comprend le médecin de colonisation qui a la haute direction de l'hôpital auquel il se rend deux fois par semaine pour y passer la visite. En cas d'urgence, voire d'utilité, il s'y rend également et aussi souvent qu'il est nécessaire.

Outre ce service, il fait, dans la région, des tournées de vaccination et de revaccination (environ 5 à 6.000 par an) donne, à son domicile, des consultations gratuites avec distribution de remèdes, et se rend en des lieux déterminés, distants de 15 à 20 kilomètres où se trouvent des dépôts de médicaments, pour en faire la distribution aux malades indigents.

Douze sœurs blanches, une infirmière indigène et un infirmier de même race servant d'interprète, complètent le personnel de ce service.

Les religieuses s'occupent du couchage des malades, des remèdes à leur donner, de la nourriture, etc. Leur rôle consiste aussi à aider le médecin dans les pansements, voire même les anesthésies et l'assister dans les opérations. L'accomplissement de cet office suppose des connaissances élémentaires de médecine, des notions générales de pharmacie chez ces femmes de bien, qui là, comme partout, s'acquittent de leur tâche avec zèle et un parfait dévouement.

Lors de notre visite à cet hôpital, que dirige avec une rare

distinction et un dévouement digne des plus grands éloges, M. le Docteur Domergue, nous y avons trouvé les lits, également répartis entre les deux sexes, dans des salles distinctes, tous occupés par les malades.

Ces derniers, kabyles, appartenant pour la plupart à la région, y viennent avec beaucoup d'empressement réclamer les soins que nécessite leur état. Ils doivent, pour être admis, fournir un certificat attestant leur indigence.

Dès leur entrée, ils sont dépouillés de leurs vêtements et endossent ceux de l'établissement qu'ils conservent jusqu'au jour de leur sortie. Enfin, un bain de propreté leur est souvent donné.

La nourriture, bien que préparée par les religieuses, ne renferme rien qui ne soit conforme à leurs goûts, tous les aliments prohibés en sont exclus.

Ces indigènes se montrent, en général, très satisfaits des soins qu'on leur donne avec une si touchante sollicitude. Aussi, se rendent-ils en nombre à cet intéressant établissement. Quelques chiffres en donneront une idée :

En 1910, 808 malades ont été traités se répartissant en : 337 hommes, 228 femmes et 243 enfants.

En 1911, 728 malades ont été traités se répartissant en : 390 hommes, 147 femmes et 191 enfants.

En 1912, 817 malades ont été traités se répartissant en : 410 hommes, 214 femmes et 193 enfants.

En 1912, les hôpitaux des Missionnaires d'Afrique ont reçu 1.135 malades ayant nécessité 18.048 journées de traitement. Le prix de cette dernière a varié de 1 fr. 20 à 1 fr. 65.

En 1913, le nombre des malades admis s'est élevé à 1.374 (36.637 journées) et, dans le département d'Alger, on a noté une augmentation de 239 malades, soit 5.034 journées.

Dans le département de Constantine, il y eut 19.027 journées (17.334 en 1912).

Ainsi donc, le prix de journée varie dans les hôpitaux indigènes de 1 fr. 20 à 1 fr. 65. Si l'on tient compte de la forte subvention dont ils ont bénéficié lors de leur construction

(60.000 fr.), on peut dire, avec M. Prengrueber que les dépenses qu'ils nécessitent ne sont pas en rapport avec les résultats qu'ils donnent. Ils sont trop chers.

Les infirmeries indigènes

Créées officiellement en 1903, leur nombre a rapidement augmenté.

Les dépenses d'installation incombent, en principe, au budget communal, mais une subvention peut être accordée à la Commune sur le budget affecté aux œuvres d'assistance et d'utilité publiques intéressant les indigènes, et provenant des indigènes eux-mêmes.

Ces dépenses sont minimes car il s'agit d'installations modestes, peu coûteuses, mais solides et réalisant l'hygiène et la propreté indispensables. Le docteur Gros loge même ses malades dans des gourbis faits de roseaux revêtus de terre et couverts d'alfa. En cas de maladie épidémique, on y met le feu et on recommence ; « Coût : 30 francs par gourbi ». Parfois l'immeuble est lavé, puis transformé (Aflou). Le plus souvent c'est une construction neuve.

Les infirmeries indigènes ouvertes avant le 1er août 1914 étaient les suivantes :

Département d'Alger : Alger, Aïn-Bessem, Aumale, Azazga, Béni-Indel, Berrouaghia, Bouïra, Bou-Saâda, Chellala, Dra-el-Mizan, Gouraya, Lavigerie, Maillot, Médéa, Palestro, Port-Gueydon, Rabelais, Sidi-Aïssa, Tablat, Vialar.

Département d'Oran : Aïn-Témouchent, Ammi-Moussa, Cassaigne, El-Aricha, Frenda, Hammam Bou Hadjar, Kalâa, Kouarda, Le Kreider, Marnia, Mascara, Montagnac, Nedroma, Oran, Palikao, Renault, Saïda, Saint-Lucien, Sebdou, Sidi-bel-Abbès, Telagh, Tenira, Tiaret, Tlemcen, Trézel, Zemora. Un dispensaire pour femmes en couches a été créé à Mazounâ.

Département de Constantine : Aïn-Mlila, Barika, Bône, Canrobert, Chateaudun-du-Rhummel, Colbert, Collo, Constantine, El-Madher, El-Milia, Fedj M'Zala, Gounod, Herbillon, Jemmapes, Kerrata, Khenchela, La Calle, La Fayette, Laverdure,

Mac-Mahon, Medjana, Meskiana, Morris, Morsott, M'sila, Sidi-Aïch, Souk-Ahras, Taher, Takikount.

Celles de Corneille et de Khenchela allaient être ouvertes. La construction de celles de Gambetta, Kerrata, Mercier-Lacombe et Pont-de-l'Isser étaient à l'étude. Enfin, un projet de création à Maison-Carrée d'une salle d'observations scientifiques portant sur les maladies spéciales aux indigènes a été établi.

Il y avait donc 81 infirmeries qui, avec les quatre hôpitaux et les dispensaires pour femmes, contenaient 1.375 lits.

Le personnel de ces infirmeries indigènes comprend :

1° Un médecin, le plus souvent le médecin de colonisation, qui a la responsabilité professionnelle et administrative ;

2° Parfois un auxiliaire médical indigène ;

3° Un infirmier qui, souvent, s'occupe de la nourriture ;

4° Une infirmière, souvent femme de l'infirmier (ce qui est à rechercher) et qui, elle aussi, s'occupe parfois de la préparation des aliments.

Médecins de Colonisations

Les médecins de colonisation furent créés par un arrêté ministériel des 21 et 29 décembre 1853. Ils dépendent de la direction de l'intérieur et sont payés par le budget du Gouvernement Général de l'Algérie. Toutefois, les communes entrent dans cette dépense pour une certaine part prélevée sur les produits de l'octroi de mer.

Leur situation a été modifiée par les arrêtés gubernatoriaux du 2 septembre et du 31 décembre 1861, du 23 décembre 1878, le décret du 23 mars 1883 et enfin le décret du 5 décembre 1913. Des arrêtés du Gouvernement Général, le Conseil du Gouvernement entendu, déterminèrent les circonscriptions médicales de colonisation. Des commissions locales dressent la liste de personnes admises aux soins médicaux gratuits. Des comités départementaux sont consultés sur les titres à l'avancement des médecins de colonisation. Ceux-ci sont nommés par le Gouverneur Général qui fixe le mode de recrutement

(concours) les conditions d'avancement, les obligations auxquelles ils sont soumis. En dehors du produit de leur clientèle, ils touchent un traitement fixe à charge de l'Etat et une indemnité de logement à charge de la Commune. Ils bénéficient, en outre, d'indemnités pour les transports judiciaires, les expertises médico-légales, les vaccinations et revaccinations, les infirmeries indigènes, les dispensaires communaux, la surveillance des enfants du premier âge, les soins à donner aux enfants assistés malades. Ils sont admis à la prime accordée à certains fonctionnaires pour la connaissance de la langue arabe.

L'énumération de tous ces avantages, fixe les obligations du médecin de colonisation. En plus, il doit faire au moins une fois par semaine une tournée dans les divers centres. Dans les cas graves, il doit toujours se transporter sur les lieux, sur la réquisition du maire ou de l'administrateur. Une fois par mois, il visite les écoles ; il fait un rapport trimestriel au Préfet. Dans les localités où il n'y a pas de pharmaciens, il est chargé de la vente et de la distribution gratuite aux indigents des médicaments.

En 1903, il existait 83 médecins de colonisation en Algérie. En 1914, il y en avait 103 en fonctions, chargés de la Direction des infirmeries, des consultations gratuites, des tournées de vaccination et des tournées sanitaires et d'assistance à domicile régulière dans les douars.

Auxiliaires médicaux indigènes

Les auxiliaires médicaux indigènes qui existaient déjà en Tunisie, furent institués en 1904, par M. Jonnart, pour compléter et rendre plus effective l'assistance médicale aux indigènes.

Une Commission chargée, par M. le Recteur de l'Académie d'Alger, d'examiner les conditions de leurs études, proposa que l'Enseignement leur fut donné par l'Ecole de Médecine et la Médersa. Leur apprentissage, tout en se rapprochant de celui des infirmiers, devait cependant comporter quelque chose en plus, les rendant capables d'aider les médecins de colonisation. Un programme d'études comprenant des notions

élémentaires d'anatomie, de physiologie, de pharmacie, de petite chirurgie, de pathologie (surtout indigène) et d'hygiène fut dressé.

Les attributions des auxiliaires médicaux furent nettement définies dans les infirmeries indigènes et dans les douars. L'arrêté du 29 juin 1906 régla à nouveau leurs attributions, leurs émoluements, leur avancement. Une circulaire explicative précise qu'on doit les considérer comme occupant une place entre des infirmiers et des internes.

Dans la suite, on leur adressa de nombreuses critiques, dont la plus importante était l'accusation de penchant à l'exercice illégal de la médecine. On les dépeignit comme pleins de suffisance et parfois dangereux.

Une circulaire du 15 mars 1907 donna les idées du Professeur Bouchard et accorda aux auxiliaires une certaine considération. Mais elle prie les administrateurs de veiller à ce qu'ils n'exercent pas illégalement la médecine.

La circulaire du 26 août 1907 leur prescrit des tournées dans les douars, dans le but de rechercher les malades et surtout les contagieux, mais sans rien prescrire. En tous cas, le rôle des auxiliaires est d'exécuter les prescriptions des médecins.

Mais le mécanisme de cette institution présenta encore « quelques grincements » : les auxiliaires ne voulant pas être des infirmiers, avaient tendance à se dire aides-médecins. Les Délégations financières s'occupèrent de la question et le 25 mars 1911, après un vœu émis par les non-colons, un arrêté du Gouvernement Général chargea une Commission de la révision de leurs études et de leurs attributions.

Cette Commission, composée de Délégués financiers et de Professeurs de la Faculté de Médecine, consulta les médecins de colonisation : la presque unanimité des praticiens qui répondirent, reconnut l'excellence de l'institution « mais en y apportant des modifications sérieuses qui, toutes, devaient avoir pour but de donner aux jeunes indigènes considérés, une instruction plus pratique ».

Les travaux de la Commission aboutirent à l'élaboration d'un programme aussi complexe sinon plus, que le premier, mais cependant plus pratique. On multiplia les personnes chargées de l'enseignement qui comprend, depuis, des notions

élémentaires d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe. On ajouta un peu d'administration et on fit une place assez large à l'étude de la langue arabe. C'est ce programme qui est aujourd'hui suivi.

L'instruction des auxiliaires médicaux est théorique et pratique. Elle est délivrée sous forme de leçons et de démonstrations et les élèves sont soumis, pendant la première année, à un stage effectué dans les services d'hommes de l'hôpital civil d'Alger-Mustapha ou dans ses annexes (Hôpital Parnet, Ambulance de contagieux d'El-Kettar). La deuxième année est exclusivement consacrée à un stage qui a lieu dans les hôpitaux de la colonie désignés par l'Administration. Pendant ce stage, les élèves auxiliaires médicaux remplissent le rôle d'infirmiers de visite. A la fin de la première année, les élèves passent un examen et seuls sont admis en deuxième année, ceux qui l'ont subi avec succès. Un examen général a lieu à la fin de la seconde année ; deux échecs successifs entraînent l'élimination définitive.

Les auxiliaires fournis par ce programme qui ne veut plus qu'ils soient considérés comme internes mais comme infirmiers, vont seulement entrer en fonctions. En 1914, tous ceux qui étaient installés au 1er janvier avaient été donnés par l'ancien régime.

Il en existait 62 répartis ainsi qu'il suit dans les infirmeries indigènes :

Département d'Alger : Aïn-Bessem, Aumale, Azazga, Beni-Indel, Boghari, Bou-Saâda, Chellala, Dra-el-Mizan, Gouraya, Lavigerie, Sidi-Aïssa, Tablat.

Département d'Oran : Aïn-Témouchent, Ammi-Moussa, Cassaigne, Frenda, Kalaa, Marnia, Montagnac, Montgolfier, Nedroma, Palikao, Renault, Saïda, Saint-Lucien, Telagh, Tiaret, Trézel, Zemmorah.

Département de Constantine : Aïn-M'lila, Aïn-Touta, Akbou, Aurès, Barika, Bibans, Bordj-bou-Arréridj, Canrobert, Chateaudun-du-Rhummel, Collo, Corneille, Djidjelli, El-Madher, Fedj-M'zala, Gounod, Herbillon, Jemmapes, Khenchela, Lafayette, Laverdure, Meskiana, Morris, M'Sila, Oued-Marsa, Saint-Arnaud, Sidi-Aïch, Rhira, Taher, Takikoune.

*
* *

Les infirmeries, créées « pour aller vers l'indigène qui ne peut ou ne veut venir aux hôpitaux européens », se multiplièrent d'année en année.

En 1913, on en comptait 82 comprenant un total de 1.349 lits. Elles ont reçu 15.204 indigènes dont 8.892 hommes, 3.554 femmes et 2.758 enfants. Le nombre des journées s'est élevé à 249.035 et le prix de la journée a varié entre 0 fr. 60 et 1 fr. 45.

En 1914, le nombre des malades indigènes admis fut de 14.912 se répartissant en 9.139 hommes, 4.074 femmes et 1.629 enfants. Le nombre des journées de présence s'est élevé à 202.647 avec un prix de journée variant de 0 fr. 60 à 2 fr. 85. Comme exemple d'établissement de ce genre, nous décrirons celui que dirige, avec tant de dévouement et de compétence, M. le docteur Prengrueber, de Palestro, qui fut l'un des promoteurs de l'assistance hospitalière pratique pour les indigènes.

Infirmerie de Palestro

La description en a été faite par M. Prengrueber lui-même, en 1909 (Voir « Bulletin médical de l'Algérie ») et, lors de notre visite, nous n'y avons pas trouvé de grands changements. Elle est située à proximité du village, mais « dans un endroit écarté des maisons européennes » et plus élevée que le voisinage. Un grand massif d'arbres à essence résineuse l'entoure et l'abrite des vents chauds du Sud et des bourrasques du Nord-Ouest. Elle est abondamment pourvue d'eau de source, avantage que les indigènes fervents apprécient beaucoup, et qui leur permet de se livrer aux abblutions rituelles qui précèdent la prière. Enfin, les chemins d'accès y sont faciles et suivent deux routes principales. La construction est en maçonnerie solide, l'air et la lumière y pénètrent par de larges ouvertures dans toutes les pièces. Celles-ci sont peintes au rippolin, les plafonds en sont très élevés et l'eau leur arrive en abondance de la conduite communale « pour servir de fontaine intérieure, de buanderie, de salle de bains ». L'écoulement des eaux sales s'effectue dans un ravin voisin.

De style « sobre mais élégant », l'infirmerie de Palestro offre une disposition très pratique. Dans la salle des hommes,

10 lits sont installés et au milieu on peut étendre 2 nattes-lits de fortune. La salle des femmes comprend 6 lits auxquels on pourrait ajouter une natte de fortune. Le pavillon d'isolement comprend 2 pièces spacieuses indépendantes pouvant contenir chacune deux malades. L'infirmerie peut donc admettre au total 23 hospitalisés.

Pour ce qui est du fonctionnement de ce petit mais très intéressant établissement, M. Prengrueber, avons-nous déjà dit, l'a magistralement décrit et nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'exposé qu'il nous en a donné.

« Le Service médical, nous dit-il, est assuré par le médecin de colonisation de Palestro, assisté d'un infirmier et de sa femme, qui soigne les personnes de son sexe. L'infirmier est un indigène qui possède son certificat d'études primaires, qui traduit couramment l'arabe et le kabyle, idiome qu'il est indispensable de connaître dans le canton. » En quelques semaines, M. Prengrueber en a fait « un panseur très adroit, très patient ».

« Les malades sont couchés sur des lits de camp identiques à ceux de l'armée ; ils ont une paillasse en crin végétal enveloppée d'une housse en toile blanche ; ils reçoivent, en outre, une ou deux couvertures de laine suivant la saison. Une toile cirée protège la literie des malades qui se souillent. A côté de chaque lit se trouve un escabeau en bois portant un crachoir et, en dessous, est placé le vase de nuit ; toutes ces pièces sont en métal émaillé.

« Les entrants sont dépouillés de leurs vêtements (et ceux-ci sont lavés et désinfectés en cas de nécessité) ; ils sont alors habillés d'une gandoura, d'un burnous, d'une calotte de laine et ils reçoivent un mouchoir ; des vêtements spéciaux sont remis aux femmes. »

Dans la salle de bains-buanderie se trouve une baignoire en maçonnerie cimentée dans laquelle arrivent l'eau chaude et froide amenées par deux robinets.

« La cuisine sert à l'infirmier pour préparer les tisanes, ses vivres personnels et réchauffer ceux des malades ; une grande chaudière en fonte de 100 litres, chauffée au bois, envoie l'eau chaude à la buanderie et à la baignoire. »

La pharmacie, spacieuse, contient deux armoires à médicaments et une armoire à linge. On y trouve un matériel simple mais suffisant.

Le bureau du médecin sert de salle de consultations. Il est meublé d'une table d'opérations, d'une armoire de médicaments, d'usage journalier, d'une vitrine à instruments contenant aussi les anesthesiques et les objets de pansements, etc., etc...

Les malades valides se lèvent à 5 h. 1/2 en été, à 7 heures en hiver. Dès la première heure, les lits et les services de propreté sont faits. Chaque semaine, les salles, les fosses d'aisance sont lavées avec une forte solution de crésyl.

A 8 h. 1/2, a lieu la visite du médecin qui procède, assisté de l'infirmier, aux pansements ou autres opérations jugés nécessaires. Pour les cas graves, une contre-visite est faite dans la journée.

L'admission des malades se fait à la visite du matin. L'infirmier est autorisé à admettre les cas urgents. Il en rend immédiatement compte au médecin qui, le lendemain, juge de l'opportunité qu'il y a « à les conserver ou à leur remettre des médicaments pour se soigner à domicile ».

« L'hiver les salles sont chauffées par des poëles et, en toutes saisons, elles sont éclairées la nuit par des veilleuses ».

« La plus grande latitude est laissée aux malades pour recevoir chaque jour, en dehors des heures de visite, leurs parents ou amis, mais ils ne peuvent sous aucun prétexte circuler dans le village. »

L'infirmerie est, en principe, réservé aux indigènes, mais M. Prengrueber a vu venir des Européens de la population flottante « s'effondrer à ses portes, terrassés par la fatigue, les privations, la maladie ». Il n'a pas hésité à les recevoir, les placer dans une chambre isolée des indigènes, à les réconforter de son mieux. Chaque fois l'Administrateur lui a donné son entière approbation.

Un gargottier indigène fournit, après adjudication et pour chaque malade : 850 grammes de pain bis, un plat de légumes secs ou frais à l'huile, matin et soir, 200 grammes de figues sèches, « les jours de fêtes musulmanes, des portions

de viande et de couscouss sont copieusement accordées ». Les convalescents bénéficient de ce que les malades ne peuvent absorber. Les malades graves reçoivent du lait, du café, de la viande et des œufs. Les médicaments sont fournis par l'hôpital de Mustapha, au tarif du gros, ce qui réalise une économie appréciable sur la journée d'hospitalisation. Les médicaments, sauf les pommades à formules spéciales sont adressées en vrac, c'est là une cause de perte de temps pour le médecin.

Ce dernier touche une allocation de 600 francs par an. L'infirmier et l'infirmière 900 francs en tout et sont logés, chauffés et éclairés, mais non nourris. Le prix moyen de la journée à l'Infirmerie de Palestro est de 1 fr. 06, vivres, médicaments, traitement du personnel, chauffage, éclairage, etc., compris. Seules ne sont pas comprises les réparations de l'immeuble.

En 1905, l'infirmerie reçut 194 malades (172 hommes et 22 femmes) ayant nécessités 3.698 journées.

En 1906, elle en reçut 195 (153 hommes et 33 femmes) avec 2.978 journées.

En 1907, le nombre d'admission fut de 186, dont 139 hommes et 37 femmes (3.317 journées).

En 1908, elle en reçut 201, dont 133 hommes et 156 femmes (4.282 journées).

Ces chiffres sont assez éloquents et montrent que dans la région au moins, la suspicion des maris contre l'infirmerie, pour leurs femmes, diminue.

Cependant, l'établissement qui semble donner le plus de rendement au point de vue de l'assistance aux femmes est l'infirmerie spéciale à leur sexe.

Infirmeries spéciales aux femmes

Il en existe quatre qui, toutes, ont commencé par être des consultations. Ce sont les infirmeries d'Alger, Oran, Constantine, Tlemcen.

Celle d'Alger ouvrit ses portes le 23 novembre 1904. Installée dans une ancienne maison mauresque, rue Porte-Neuve, n° 68, elle fut mise sous la direction de Mme Legey, à qui re-

vient le mérite de l'avoir créé. Pendant plusieurs années, son fonctionnement se poursuivit dans les meilleures conditions possibles, grâce aux soins et au dévouement en tous points digne d'éloges de sa directrice.

Celle-ci ayant été appelée au Maroc, c'est la doctoresse Poli-Garnier qui lui a succédé.

Mme Poli-Garnier a bien voulu nous faire visiter son établissement qui n'a pas beaucoup changé depuis que notre confrère Lévy Bram en a donné la description (Thèse 1907). Des améliorations ont été apportées dans l'outillage instrumental, mais aucune modification n'a été apportée au local qui est très exigu, chauffé seulement avec des brazzeros ou des radiateurs, ce qui est peu conforme à l'hygiène.

Un autre défaut, capital celui-ci, est le suivant : le cabinet de la doctoresse sert de salle de consultations, de salle d'opérations, de salle d'accouchements et de morgue. Il est arrivé à Mme Poli-Garnier d'être obligée de faire transporter une morte sur la terrasse pour pouvoir faire dans la salle un accouchement. Quand, plusieurs parturientes se présentent à la fois, on les accouche où l'on peut, une dans le lit de l'infirmière, par exemple, tandis qu'une autre est assistée dans la salle commune.

Le personnel indigène remplit son rôle de la façon la plus satisfaisante. Une sage-femme européenne, Mme Résurale, attachée à la clinique depuis la première année de son fonctionnement, pratique nombre d'accouchements chez les indigènes, et assiste la doctoresse au cours des consultations.

Etant donnés l'importance de cette clinique et les services qu'elle a rendus et qu'elle rendra encore aux femmes musulmans, nous avons cru devoir attirer l'attention sur le côté faible de son organisation, en nous permettant d'espérer que l'on voudra bien y porter remède.

Les Consultations gratuites avec Distribution gratuite des médicaments

A. — *Consultations dans les hôpitaux*

Dans divers services hospitaliers, et notamment à Mustapha, fonctionnent des consultations gratuites (maladies chi-

rurgicales des enfants, maladies cutanées et vénériennes, ophtalmologie, oto-rhinolaryngologie, maladies des voies urinaires, etc.), qui sont destinées aux indigents (européens ou indigènes). C'est ainsi que M. le docteur Raynaud a vu en 1903, 193 musulmans sur 5.881 consultants.

B. — *Consultations créées par les Communes*

Certaines Communes ont créé, dans les quartiers populeux, des consultations gratuites pour indigents, européens et indigènes. Ces derniers y vont fréquemment, préférant peut-être ce mode d'assistance à l'hospitalisation.

C. — *Consultations par les Médecins de colonisation et les médecins communaux chargés de service dans les communes mixtes*

Le décret du 23 mars 1883 dit que « tout médecin de colonisation donnera, deux fois par semaine..... des consultations médicales ..... ». Les médecins communaux chargés de service d'assistance dans les communes mixtes sont tenus à la même obligation.

Les uns et les autres reconnaissant qu'il est bien difficile d'astreindre l'indigène à venir au jour dit, et ne voulant pas être débordés par le nombre, reçoivent tous les jours, soit dans leur cabinet, soit à l'infirmerie (quand il en existe une) soit dans un local spécial quand l'Administration a pu en mettre un à leur disposition.

Le jour du marché s'est partout imposé comme jour de consultation. La veille (jour d'arrivée des indigènes), puis le lendemain (jour de leur départ), sont nettement marqués par un nombre plus important de consultations.

Au cours de ses tournées dans les douars, le médecin voit tous les malades qui se présentent à lui. La force des choses lui a imposé le jour de marché pour visiter les centres voisins de sa résidence.

Les consultations gratuites complètent le rôle des infirmeries indigènes. Elles sont données à heure fixe et sont en outre instituées dans les tribus à jour et heures également fixes.

Dans les centres, elles se donnent dans un local spécialement réservé à cet effet et où il y a un dépôt de médicaments, voir même quelques ustensiles ou instruments peu portatifs.

Lorsque, pour une raison quelconque, le médecin a à se transporter dans une tribu, il le fait savoir dès son arrivée et visite tous ceux qui le demandent.

En 1904, le Service des consultations fonctionnait dans 108 communes et le nombre des points dans lesquels se portaient les médecins était de 194. Le nombre des consultations fut de 156.807.

En 1913, leur nombre s'éleva à 428.218 et il atteignit en 1914, 514.467 (143.465 pour le département d'Alger, 217.591 pour celui d'Oran et 153.411 pour le département de Constantine). Dans ces chiffres sont compris les consultations données par les doctoresses.

Les consultations pour femmes et enfants

Elles ont été inaugurées à Alger, en 1902, par Mme Legey qui reçut tous les encouragements du Gouvernement Général. Elle donna 2.542 consultations en 1902, 10.223 en 1903 et 17.506 en 1904. Du 2 mai au 30 juin 1904, elle vaccina 400 enfants.

Ces heureux résultats étaient assez démonstratifs pour engager à multiplier les consultations du même genre. Quelques essais antérieurs même à ceux de Mme Légey, donnaient, disait-on, même espoir. A Oran, Mlle Eudel fut chargée de l'infirmerie indigène des femmes et enfants. A Constantine, c'est Mlle Broïdo qui fut chargée du même service en 1903 et qui, en 1904, inaugura le service des consultations et à environ 500 consultants ou vaccinés et revaccinés par mois.

A Tlemcen, Mme la doctoresse Lierhmann, chargée du service, commence ses consultations le 1er mai 1904. Le 26 juillet, elle est chargée des soins des femmes hospitalisées à l'infirmerie.

A Bône, Mme Maurin-Soukostavskaïa est chargée des consultations gratuites en 1903. Elle a bientôt vingt malades par jour et distribue des médicaments aux malades pauvres.

A Blida, Mme Kamenski donna, du 20 juin au 31 décembre 1904, 1.430 consultations.

A Maison-Carrée, le 18 novembre, Mme Chellier-Castelli commence le service des consultations. Du 18 novembre au 31 décembre 1904, elle donne 289 consultations.

A Miliana, Mme Roger entreprend des consultations le 10 janvier 1905, jusqu'à fin juin, elle donne 2.000 consultations environ.

En 1914, les consultations spéciales pour femmes et enfants indigènes ont été fréquentées par 186.364 consultants femmes ou enfants, soit :

49.465 pour Alger,
621 pour Boufarik,
1.043 pour Bougie,
6.812 pour Blida,
4.523 pour Bône,
1.975 pour Constantine.
10.550 pour Maison-Carrée,
5.000 pour Mostaganem,
20.660 pour Oran,
15.999 pour Tlemcen.

Mme Poli-Garnier nous a donné, pour sa clinique, les chiffres suivants :

année 1904 : 17.506
— 1905 : 14.243
— 1906 : 17.656
— 1907 : 18.428
— 1908 : 17.925
— 1909 : 23.704
année 1910 : 27.844
— 1911 : 29.641
— 1912 : 38.518
— 1913 : 39.640
— 1914 : 49.465

Tournées de vaccination et de revaccination

Les médecins de colonisation et communaux ou autres font au moins une fois par an une tournée de vaccination au cours de laquelle ils inoculent le vaccin jennerien à tous les enfants d'un an, de deux ans, et à tous les indigènes qui veulent le recevoir. Dans le doute, l'inoculation est faite.

Il y a, parfois, des résistances à vaincre, dues souvent à l'ignorance. Les moyens de conviction employés sont variés :

persuasion verbale, persuasion autoritaire par l'agent local qui accompagne toujours le médecin, exemple donné par les chefs de tribus et les notables préalablement convaincus.

Grâce à cette pratique, la variolisation a disparu d'elle-même et la variole devient de plus en rare.

Bureaux de Bienfaisance

Au cours de l'année 1914, vingt-sept bureaux de bienfaisance musulmans ont fonctionné dans différentes villes de l'Algérie.

Ces établissements ont bénéficié, pour leur fonctionnement, de subventions formant un total de 267.290 francs. Ils sont venus en aide à 15.184 familles qui ont reçu, tant en espèces qu'en nature, 178.682 fr. 45 (67.020 fr. 58 en espèces et 111.662 fr. 07 en nature).

Les bureaux de bienfaisance ont, en outre, assuré le fonctionnement d'un service médical qui a donné 37.783 consultations gratuites et distribué pour 15.196 fr. 72 de médicaments.

Assistance à domicile

Dans les centres de résidence du médecin tous les indigènes peuvent recevoir des soins chez eux. Au cours de ses tournées et de ses déplacements occasionnels, le médecin voit sur place tous les malades qui lui en font la demande et, dans la mesure du possible, fait les petits détours nécessaires pour visiter les non transportables. Mais la longueur des tournées, les conditions de confort très défectueux dans lequel elles s'accomplisssent, la fatigue qui en résulte, la hâte qu'a le médecin de revenir dans son centre où il a laissé des malades, voire une femme près du terme, font que cette assistance à domicile (toujours accompagnée de distribution de médicaments) n'est que très imparfaite. D'ailleurs, les tournées dans les douars sont très rares et souvent le médecin ne peut que faire les marchés et ne voit que les malades transportables. Ce n'est que lorsque chaque douar sera visité assez souvent que l'assistance à domicile sera vraiment réelle. C'est cependant la forme de choix quant au caractère et aux habitudes indigènes.

Assistance aux femmes en couches et aux nouveaux-nés

Cette assistance est faite surtout par des matrones qui pratiquent parfois le toucher, sans aucune asepsie. Tout va pour le mieux, quand l'accouchement est normal ; mais, quand celui-ci traîne, les moyens employés pour le hâter sont des plus extraordinaires. Aussi les infirmités durables sont-elles fréquentes : hernie médiane, prolapsus génitaux, hémorragie post-partum. M. Sabadini a signalé avec insistance le grand nombre des fistules vesico-vaginales. Les nouveaux-nés ne sont l'objet d'aucun soin hygiénique ou prophylactique. Aussi, en raison du nombre élevé des infections génitales des femmes indigènes, les ophtalmies purulentes sont-elles fréquentes et la rapidité de la marche de l'affection fait que de trop nombreux bébés ne voient la lumière que pendant la première semaine de leur vie.

La morti-natalité est très grande en raison de la non assistance pendant les accouchements longs, et de l'insuffisance des matrones, ainsi que des manœuvres brutales qu'elles se permettent.

La femme indigène ne vient pas facilement accoucher dans les infirmeries, car elle ne peut pas laisser au gourbi ou sous la tente son mari et sa nombreuse famille sans direction. Elle se lève au troisième jour, d'où prolapsus génitaux fréquents. L'assistance par les matrones qui ignorent totalement l'asepsie, rend les infections puerpérales aussi très fréquentes, entraînant une grande mortalité par septicémie post-partum chez les femmes de 15 à 35 ans.

On s'est, à juste titre, ému de cette situation et Bône, la première, créa l'assistance à domicile pour les femmes, et notamment les femmes en couches. Mme Legey s'adjoignit une élève sage-femme de deuxième année, qui allait en ville faire gratuitement les accouchements et la prévenait de la présence de cas dystociques. Cette inovation fut des plus heureuses et il arriva un moment où une praticienne eut été très occupée à répondre à toutes les sollicitations.

A Michelet, Mme Chellier installa une sage-femme européenne qui eut beaucoup de succès. Celle de Saint-Cyprien en

eut moins, mais elle ne parlait pas arabe. De nombreuses communes ont suivi ces quelques premiers exemples et se sont attachées des sages-femmes qui vont chez l'indigène et préviennent le médecin des cas dystociques.

Assistance aux aliénés

En 1912, 364 aliénés musulmans (266 hommes ou garçons et 98 femmes ou filles) étaient entretenus dans les asiles de la métropole et 14 à 20 hommes ou garçons, femmes ou filles, étaient au dépôt de Béni-Messous.

Aménagement des sources et travaux de salubrité

Les sacrifices les plus considérables sont consentis pour aménager les sources et les préserver de toute souillure. L'incurie des indigènes pour l'eau de boisson est incontestable, d'où exposition à toutes les maladies infectieuses transmises par l'eau (fièvre typhoïde). Dans l'épidémie de choléra de 1893 qui s'est étendue à presque tout le département de Constantine, les indigènes ont payé un très lourd tribut au fléau, en raison de l'état des sources. Les affections vermineuses de l'intestin transmises par l'eau sont fréquentes chez eux.

L'Administration supérieure s'est beaucoup occupée de l'aménagement des points d'eau, l'installation d'égouts (Nedroma) l'assèchement des marais (El-Milia, Edougli), l'aménagement des sources thermo-minérales (Ouarsenis, Tablat, etc.).

Chaque année sont exécutés des travaux d'aménagement de sources thermales ou de points d'eau, l'ouverture de puits, la construction de fontaines, abreuvoirs. En 1913, on accorde 36.773 fr. 47 de subventions dans ce sens. On a créé des bains spéciaux pour les femmes dans les principaux centres thermo-minéraux si nombreux en Algérie, et on y a installé de nombreuses piscines permettant aux plus miséreux de mettre à profit les vertus curatives des sources thermales.

L'aménagement des sources a été fait jusqu'à l'extrême sud de la région soumise à l'Administration civile. C'est ainsi qu'à l'oasis de Taggum, on a installé d'immenses abreuvoirs et capté une source donnant 4.000 litres à la minute.

§ 2. — L'Assistance dans les Territoires du Sud

(Territoires de Commandement)

Les militaires ont toujours compris que l'un des plus puissants organes de la pénétration est le médecin. Ceci est plus vrai encore peut-être pour le Musulman que pour les autres races, car pour lui, ainsi que nous l'avons vu, le Tebib est considéré comme un intermédiaire entre Dieu et les malades.

Dès l'arrivée des troupes françaises en Algérie, les médecins militaires reçurent l'ordre de soigner gratuitement les indigènes qui se présenteraient à eux. Les infirmeries militaires reçurent de nombreux consultants et, au camp Drouet-d'Erlon, près de Boufarik, on réserva quinze lits pour les malades indigènes (1834).

Dès l'ouverture des hôpitaux militaires, les indigènes y furent admis au même titre que les Européens civils quand ils habitaient le territoire soumis à l'influence française. Les médecins militaires de la conquête contribuèrent donc pour leur part à l'assistance donnée aux indigènes et, comme les civils, ils ont droit à leur reconnaissance. Leur rôle a bien été mis en évidence par notre confrère, le docteur Vincent, dans sa thèse inaugurale.

Les médecins militaires d'aujourd'hui n'ont pas trahi le souvenir de leurs prédécesseurs, et l'élément européen étant rare dans le Sud, c'est encore sur l'indigène que se répandent leurs bienfaits. On retrouve, dans les territoires du Sud, tous les organes de l'assistance médicale publique des territoires du Nord, sauf les hôpitaux civils.

Le service médical y est confié à des médecins militaires, mis à la disposition du Gouvernement Général par le Ministre de la Guerre. Un médecin est détaché dans chacun des cercles annexes et postes des territoires du Sud, y donne quotidiennement des consultations gratuites dans une salle aménagée et distribue gratuitement des médicaments, non seulement aux indigents, mais à la plupart des malades ; d'autre part, le médecin effectue dans les tribus, chaque fois que les circonstances le permettent, des tournées médicales au cours desquelles il donne des consultations et fait des vaccinations.

Hôpitaux militaires

Le nombre des hôpitaux militaires s'élevait, en 1914, à onze qui sont :

Djelfa, 39 lits ; Laghouat, 108 lits ; Ghardaïa, 21 lits ; Aïn-Sefra, 130 lits ; Mécheria, 74 lits ; Géryville, 50 lits ; Colomb-Béchar, 42 lits ; Biskra, 73 lits ; Touggourt, 8 lits ; Ouargla, 20 lits ; El-Goléa, 25 lits.

En 1911, ils ont soigné 93 Européens et 48 Indigènes. Les frais d'hospitalisation se sont élevés à 8.513 francs.

En 1912, le nombre de malades traités fut de 77 européens et 32 indigènes. Les frais ont été de 6.110 francs. Les malades solvables sont seuls l'objet de recouvrement de leurs créances.

Hôpitaux indigènes

La Société des Missionnaires d'Afrique s'était engagée, en 1895, à construire et à entretenir un hôpital indigène à Ghardaïa, moyennant une subvention de 60.000 francs et le paiement d'un prix forfaitaire d'entretien par malade hospitalisé. La convention devait expirer en 1921. Mais cet hôpital construit pour 80 malades, a eu peu de succès : la moyenne des hospitalisés n'a pas dépassé douze par jour (juifs du M'zab, nègres et gourariens de passage, nomades pasteurs). La population mozabite s'est toujours refusée à bénéficier des avantages de l'hospitalisation, mettant un point d'honneur à rester fermée à l'influence morale et à l'action médicale française. Mme la doctoresse Poli-Garnier qui y séjourna quelque temps voulut bien nous confier le résumé de ses impressions que nous reproduisons volontiers :

« Pendant le mois de séjour que je fis à Ghardaïa, nous dit-elle, il m'a été possible d'étudier un peu l'assistance médicale de la femme mozabite.

« La question fut vite étudiée, car l'assistance y est nulle par le mauvais vouloir des mozabites. La femme mozabite ne sort jamais, tant qu'elle n'a pas atteint l'âge respectable de 50 ans environ. Elle ne vient donc jamais aux consultations du médecin, où seules se rencontraient, à l'infirmerie de Ghardaïa, des négresses, des nomades et des fillettes mozabites qui

y viennent jusqu'à 10 ans environ et encore seulement pour des affections des yeux ou des maladies cutanées.

« Le médecin n'est jamais appelé pour une femme mozabite, quelle que soit la gravité de la maladie. Pour les accouchements, on laisse succomber femmes et enfants, sans essayer autre chose que les prières. Il est d'ailleurs très difficile de pénétrer dans un intérieur mozabite. Mon titre de Doctoresse ne m'a pas d'ailleurs ouvert beaucoup de portes ; cependant, petit à petit, quelques notables commencèrent à me montrer leurs enfants malades et je suis persuadée que si mon séjour avait été plus long, les femmes seraient venues à moi, et que là, en ce coin du désert, comme dans toute l'Algérie, l'œuvre d'assistance médicale à la femme indigène eut pu donner d'excellents résultats. »

En présence de ces résultats déficitaires, la Société des Pères Blancs sollicita et obtint la résiliation de la convention qui la liait, moyennant l'abandon à la Colonie du Sud, de la majeure partie des constructions et la remise du matériel de l'hôpital. L'immeuble fut aménagé pour l'installation d'une infirmerie indigène. Il existe, dans la commune de plein exercice de Biskra, l'hôpital Lavigerie, dirigé par la Société des Missionnaires d'Afrique et que nous avons compris dans l'étude générale des hôpitaux indigènes d'Algérie. En 1913, 88 malades des territoires du Sud y ont été admis.

Les infirmeries indigènes

Les infirmeries ouvertes en 1913 étaient au nombre de quinze :

a) Territoire d'Aïn-Sefra : Aïn-Sefra, Béni-Ounif (1905), Mécheria, Géryville (1903), Colomb (1905), Adrar (1905), Timi Moun (1905) ;

b) Territoire de Ghardaïa : Djelfa (1904), Laghouat (1906), Ghardaïa ;

c) Territoire de Touggourt : Ouled-Djellal, Touggourt, El-Oued ;

d) Territoire des Oasis : In-Salah (1905), Ouargla.

Elles ont hospitalisé 1.956 malades pendant l'année 1914 (1.152 hommes, 527 femmes, 277 enfants), ce qui représente

32.342 journées d'hospitalisation. On voit, par ces nombres, que leur succès dans les territoires du Sud sont comparables à celui qu'elles ont obtenu dans les territoires du Nord. Il faut signaler tout particulièrement la renommée de celle de El-Oued, renommée acquise grâce à la succession de médecins compétents et dévoués.

En 1906, on admit le principe des infirmeries mobiles qui devaient « apporter, pour ainsi dire, jusqu'à la porte du gourbi ou de la tente, les soins médicaux et les médicaments ». Les consultations n'exerçaient en effet leur attrait que dans un faible rayon, et les tournées possibles au médecin étaient trop rares et trop rapides.

L'infirmerie mobile de Mécheria fut créée dans l'année même, à titre d'essai. Dotée d'un matériel approprié, le médecin qui la dirigeait se rendit aux époques propices au milieu des cercles de tribus, en des points bien choisis, abondamment pourvus d'eau. Le séjour durait trois semaines à un mois, pendant lequel le médecin soignait les malades, faisait des vaccinations et donnait aux agents indigènes, cavaliers, chaouchs, des indications permettant de vulgariser l'emploi de l'acide borique et de la quinine. Le médecin, en outre, rayonnait et se transportait auprès des malades graves, non transportables. Cette expérience donna des résultats satisfaisants. Ce mode d'assistance parfaitement adapté aux besoins et aux mœurs des nomades sembla susceptible de leur rendre les plus grands services. Le maintien de l'infirmerie mobile fut adopté et, en 1907, pendant trois mois, son médecin soigna 2.150 malades et fit 1.372 vaccinations ou revaccinations.

En 1908, l'infirmerie mobile suivit la colonne du Haut-Guir et, installée à Bou-Denibe elle rendit les plus grands services. En 1909, elle soigna près de 2.000 malades et, devant les résultats obtenus, l'Administration se montra disposée à persévérer dans cette voie.

Mais, en 1903, l'infirmerie mobile ne put fonctionner faute de personnel ; il n'existait, en effet, qu'un seul médecin à Mécheria ; en 1911, elle put fonctionner du 1er mai au 11 juin.

En 1911, elle fut dirigée par le médecin aide-major Vanlande, qui a fait sur elle un rapport très intéressant auquel nous renvoyons le lecteur (Situation générale des territoires du Sud, année 1912, page 37).

En 1913, l'infirmerie mobile a fonctionné du 29 juillet au 1er septembre ; elle a visité un assez grand nombre de tribus et vu 530 malades.

Cependant, l'essai qu'elle concrétise n'a pas été généralisé et cela en raison du manque de personnel disponible. Le principe ne peut d'ailleurs être appliqué que dans les régions de grand nomadisme. L'installation d'infirmeries dans les postes frontières du Maroc a du reste diminué les services qu'elle était susceptible de rendre.

Laboratoire de Bactériologie

Il a paru qu'il y aurait un intérêt spécial à munir de laboratoires certains postes du Sud algérien (paludisme, maladies parasitaires de l'homme et des animaux, etc.).

Les postes frontières avec le Soudan doivent être à même de s'opposer et, par suite, de déceler l'extension à l'Afrique du Nord des maladies de l'Afrique Occidentale (Tick fever, filariose, etc.). En 1912, furent créés les laboratoires de Beni-Ounif (Docteur Foley) et d'El-Oued. Un troisième poste d'observation fut projeté à Beni-Abbès et installé en 1913 ; tous ces laboratoires sont placés sous la direction scientifique de l'Institut Pasteur qui s'occupe des territoires du Sud aussi bien que de ceux du Nord.

Consultations gratuites

Les médecins militaires sont tous chargés de consultations gratuites. Celles-ci ont été données, en 1913, dans 19 infirmeries ou cliniques. Ces dernières sont celles de Beni-Abbès, Taghit, Biskra, El-Goléa. Leur nombre a atteint 165.764. Le total des dépenses entraînées par le fonctionnement des infirmeries ou cliniques a été, dans la même année, de 76.856 fr. 84.

Vaccination

Elles sont pratiquées par les médecins militaires, au cours de leurs tournées dans les tribus. Une circulaire gouvernementale du 8 février 1901, a prescrit la tenue du registre des vaccinations dans toutes les communes indiquant :

1° « Le nom par tribu et village de toutes les personnes vaccinées et les résultats obtenus » ;

2° « L'époque à laquelle les tournées de vaccination ont été effectuées et les itinéraires suivis » ;

3° « Les observations auxquelles ces opérations ont donné lieu ».

Les vaccinations et revaccinations ont lieu dans la première année, dans la 11e et la 21e. La première se fait bien, la deuxième se fait assez bien chez les garçons et peu chez les filles. La dernière est exceptionnelle chez les femmes.

En 1913, 54.949 vaccinations ont été pratiquées : 25.218 avec succès et 29.731 sans succès. La population totale des territoires du Sud est de 372.019 habitants, les vaccinables sont les 2/10 environ soit 74.402.

Lutte anti-épidémique

Comme dans les territoires du Nord toutes mesures énergiques sont prises pour circonscrire le plus tôt possible les épidémies de typhus annuelles. Les épidémies de peste et de choléra sont restée très localisées (1911-1912). Contre le paludisme, on a exécuté des travaux d'assainissement des oasis, des travaux d'assèchement et d'écoulement des eaux d'irrigation, puits artésiens. Les ophtalmies sont peut-être encore plus fréquentes dans les territoires du Sud que dans ceux du Nord. On s'emploie, autant que le personnel le permet, à répandre les lavages à l'eau boriquée.

*
* *

Telles sont, rapidement exposées (pour plus de détails, on se reportera aux différents documents officiels de notre bibliographie), les principales formes de l'assistance aux Indigènes en Algérie.

Elles sont, à peu de chose près, les mêmes que pour la population européenne de la colonie. Mais si celle-ci qui compte 752.043 habitants est à peu près suffisante, en est-il de même de l'Assistance aux Indigènes ?

C'est ce que nous allons discuter maintenant.

CHAPITRE III

Résultats donnés par l'Assistance Médicale aux Indigènes. — Critiques. — Ce que l'on pourrait obtenir.

La population algérienne est de 5.472.569 habitants, chiffre qui compte 752.043 européens et 4.740.526 indigènes. On a estimé que le nombre de lits d'hôpital nécessaires à assurer une assistance efficace est de 1 pour 1.000 habitants (Drouineau « Du classement des établissements hospitaliers ». G. Masson, 1909). Il devrait donc y avoir, en Algérie, 4.741 lits réservés aux indigènes. Le nombre de ceux actuellement existants qu'ils pourraient occuper, demeure bien inférieur au chiffre exigé pour les besoins des indigènes malades.

Quelle est la qualité de ces lits ?

Au point de vue médical, nous savons tous que le dévouement des médecins va aussi bien aux indigènes qu'aux européens. Certains médecins de colonisation prenant à cœur leur tâche, et y trouvant un intérêt encourageant, s'occupent avec une grande conscience de leur infirmerie, arrivent à dresser leur personnel et à pratiquer des opérations de quelque envergure, telles que : laparotomie d'urgence, cataracte, hernies étranglées, etc., etc.).

Brunswick-le-Bihan disait, avec beaucoup de raison, que les résultats chirurgicaux plus palpables frapperaient toujours davantage l'indigène ; il ne peut donc résulter qu'un grand avantage pour la pénétration médicale à préconiser la pratique de la chirurgie, possible dans les infirmeries. C'est l'auxiliaire médical qui endort ; c'est, parfois, le vétérinaire qui sera l'aide du médecin à qui la rigoureuse observation des règles de l'asepsie permettra beaucoup. N'a-t-on pas vu des laparo-

tomies pratiquées avec succès sous la voûte du ciel, sous l'éclairage d'un soleil ardent ?

Ce qui est possible dans l'infirmerie l'est, *a fortiori*, dans un hôpital, et nous pouvons dire que, avec des médecins instruits et zélés, le mode d'assistance actuel peut donner beaucoup. Cependant, nous ne croyons pas, — et nous sommes en cela du même avis que beaucoup d'auteurs, — que tous ces lits aient le même attrait pour l'indigène.

Ceux des hôpitaux civils ne l'attireront pas de longtemps. Nous ne voulons pas parler du citadin qui est en contact permanent avec les européens. Il sera, en effet, lui, beaucoup moins choqué que son coreligionnaire du bled, et acceptera plus volontiers l'hospitalisation aux milieux d'habitudes qu'il connaît un peu. Mais il n'est que l'infime minorité, la grosse masse de la population musulmane est constituée par l'indigène de l'intérieur. Celui-ci, dépaysé dans les salles civiles, y mange une cuisine qui ne lui plaît pas et même que le Coran lui défend. Loin de sa famille, laissé dans un coin par ses voisins qui ne connaissent pas sa langue ni ses sujets familiers de conversation, il est vite pris de nostalgie et, souvent, il se sauvera, sans se demander même s'il ne mourra pas à la porte de l'établissement, s'il aura de quoi rejoindre sa tribu ou même de quoi manger le lendemain. De plus, le musulman redoute les mutilations auxquelles il préfère souvent la mort. Il a une terreur des autopsies, le Coran ne défend-il pas de toucher aux cadavres ?

Pour toutes ces raisons, l'hôpital civil et même l'hôpital mixte ne sont actuellement fréquentés que par les indigènes des villes, les mourants que l'on y porte privés de leur sens et qui ne peuvent se révolter, et les faméliques qui n'auront pas de quoi manger et qui seront poussés par la faim.

Dans l'hôpital et dans l'infirmerie indigènes, au contraire, le musulman vit au milieu de ses coreligionnaires qui parlent sa langue ou son dialecte, qui ont sa mentalité. Il mange ses mets habituels, préparés selon ses goûts et conformément à ses préceptes religieux. Il entre et sort quand il veut pour aller voir les siens (l'esprit de famille est très développé chez les indigènes) « qu'il n'a, pour ainsi dire, pas quittés ». Il peut les recevoir et, le cas échéant, mourir entouré d'eux. Ses

voisins viennent le voir les jours de marché. Il a enfin toute liberté pour entrer à l'infirmerie, en sortir quelques jours pour aller régler ses affaires, puis y revenir si besoin est. C'est donc bien l'hôpital indigène, et surtout l'infirmerie, qui sont le plus adaptés au caractère et aux mœurs du musulman d'Algérie.

Lorsque ces établissements sont établis avec toutes les règles de l'hygiène et de la commodité (aucun luxe n'est utile), et qu'ils sont dirigés par un médecin tel que nous en connaissons beaucoup en Algérie, ils donnent les meilleurs résultats.

Les consultations médicales multiplient leur nombre avec une rapidité des plus satisfaisantes.

Presque toutes sont données par des docteurs ou des doctoresses non musulmans. L'indigène ne répugne donc pas à demander les conseils des praticiens de religion différente de la sienne. Le Coran l'autorise d'ailleurs à demander l'assistance de n'importe quel Toubib, nous en avons vu des exemples dans notre premier chapitre.

La femme indigène fréquente aussi, et de plus en plus, ces consultations. Si elle n'y est pas amenée toujours par le mari, c'est le père, le frère ou le fils qui l'y conduisent.

Mais, malgré le nombre élevé des consultations, combien de malades encore ne peuvent y avoir recours. Les médecins sont trop peu nombreux, leurs circonscriptions dépassent quelquefois 400.000 hectares (Aïn-Beida). Aussi, tous les malades éloignés, non transportables, sont encore obligés de recourir aux empiriques indigènes ou aux marabouts.

D'ailleurs, les médecins existants sont déjà débordés par le nombre des consultants. Ils sont souvent obligés de se borner à un examen rapide. Si l'affection saute aux yeux, tout est bien, mais s'il faut se documenter, se livrer à une investigation profonde, suivie, ils sont dans l'impossibilité matérielle de le faire. Force leur est alors d'instituer un traitement symptomatique, d'où parfois, dépréciation de la valeur des hommes de l'art officiels.

Les tournées dans les tribus permettent de multiplier les consultations, mais elles sont forcément rapides, fatigantes, et le médecin, rompu par les longs trajets en voiture ou à cheval, n'a pas l'esprit frais, disposé à la réflexion. C'est un examen encore plus rapide et partant plus superficiel.

Et les médicaments ? Il ne peut en emporter qu'un nombre et une quantité limitée, d'où champ thérapeutique réduit.

Les tournées ne peuvent d'ailleurs qu'être très rares. Pendant leur durée, l'agglomération principale est forcément délaissée. Or les européens des centres sont nombreux et occupent presque tout le temps du médecin. Et, en définitive, ces rares tournées sont des courses éreintantes, l'examen des malades s'y fait trop rapidement, et leur action se borne à la recherche des foyers d'épidémie, foyers qui sont souvent signalés par les caïds bien longtemps avant que le médecin n'ait pu les découvrir.

Les tournées de vaccination sont plus soignées et plus sérieuses, toujours exécutées correctement. Toutefois, la rapidité avec laquelle la vaccine doit être inoculée est toujours préjudiciable au résultat de l'opération. On a corrigé ce défaut en instituant les tournées de vérification avec nouvelle inoculation à tous les sujets qui ne présentent pas des signes certains de succès.

D'après ce qui précède, on voit combien le médecin de colonisation a de multiples charges : direction de l'infirmerie avec surveillance minutieuse s'il veut que tous les résultats possibles soient atteints ; consultations médicales dont le nombre le déborde; tournées fatigantes dans les marchés et les douars; tournées de vaccination. Ajoutez à cela les transports judiciaires, et vous verrez l'impossibilité dans laquelle les forces humaines sont, d'accomplir une telle tâche. Aussi, le médecin est-il obligé de s'arrêter à la limite du temps et de ses forces. Il est obligé de lire ses journaux en route pour se tenir au courant de l'art, il doit renoncer à peu près aux tournées régulières dans les douars, se bornant à y aller quand une épidémie y est signalée. Quant à lui demander de se transporter auprès des malades éloignés, il serait absolument inhumain d'y penser.

Les quelques sages-femmes qui ont été installées par les communes assistent bien les femmes en couches du lieu de leur résidence et dans un rayon de quelques kilomètres. Mais combien de malheureuses restent encore exposées en tribu, aux manœuvres dangereuses des matrones. Combien de nouveaux-nés s'inoculent, en franchissant la filière vaginale, l'agent qui fermera à tout jamais leurs yeux à peine ouverts ? Et pourtant, l'on ne peut logiquement demander à des

femmes de faire de longues randonnées à cheval, dans la nuit, l'orage ou la neige parfois.

Ces rapides considérations montrent, jusqu'à l'évidence, que l'assistance médicale actuelle, quels que soient les bons résultats qu'elle a donnés, est encore très insuffisante. Nous servant d'une tournure banale, nous dirons : la qualité y est, c'est la quantité qui manque.

Est-il possible d'augmenter cette quantité, qui, ainsi que nous croyons l'avoir suffisamment montré, doit porter avant tout sur les établissements réservés aux indigènes, sur les consultations avec distribution gratuite de médicaments, voire sur l'assistance à domicile ?

Nous signalons de nouveau le prix élevé des constructions nécessaires pour l'édification de grands établissements, comme les hôpitaux. Nos coreligionnaires sont d'ailleurs loin d'être habitués au luxe et seraient plutôt gênés par lui. En outre, les hôpitaux sont, forcément, à grand rayon d'action, et c'est là un gros défaut.

Les infirmeries dans leur simplicité, sont suffisantes et c'est leur multiplication que nous voudrions préconiser. Fussent-elles installées dans des gourbis de trente francs, comme on l'a déjà fait, elles sont susceptibles de remplir leur rôle.

Puis il faudrait multiplier le nombre des médecins de colonisation. Certes, cela est facile à dire : pour augmenter le nombre des infirmeries, il suffit de fonds ; mais, il faut avoir des médecins pour les diriger. Or, nous nous heurtons là à la grosse question de leur recrutement. Les derniers concours n'ont pas brillé par le nombre de candidats ; la raison primordiale en est dans le surmenage en perspective, dans l'isolement loin des villes, isolement toujours pénible aux européens qui ne peuvent suivre de près l'instruction et l'éducatios de leurs enfants, et dans la maigre situation qui leur est faite.

Nous savons que beaucoup de médecins de colonisation sont réduits « à leurs fixes ». Or, il est un calcul qui a été fait bien des fois et qui veut que, pour ne pas être en déficit et amortir les fonds engagés pendant ses études, le médecin gagne au moins 10 à 11.000 francs par an (ce calcul a été fait avant la période de cherté générale que nous traversons depuis plu-

sieurs années, et pour la métropole). De plus, l'exil dans le bled vaut bien quelque chose, car la vie n'y est pas toujours rose et tout y est cher. Si l'on estime que cet isolement vaut 5.000 francs, c'est donc 15.000 francs au minimum que le médecin de colonisation devrait gagner.

Cette estimation amènera peut-être des sourires. Elle paraît cependant rigoureusement exacte. Qu'est-ce même que 15.000 francs dans un pays où, pendant ces dernières années, les bénéfices de la viticulture, de la culture et du commerce ont atteint des centaines de mille francs, voire même, dit-on, le million ? Croit-on que les jeunes gens soient poussés vers la médecine, par l'appât d'un gain relativement si maigre et si durement payé ? Croit-on que les riches héritiers qui font leurs études médicales concourront pour un poste de colonisation ?

Les européens d'Europe se laisseraient-ils tenter par cet appât ? Peut-être, car la médecine y est moins lucrative qu'en Algérie. Mais combien se retireront vite, poursuivis par la nostalgie qui ne peut que les gagner. D'ailleurs, quelle préparation pratique auront-ils ? Combien de connaissances sur les mœurs et les habitudes, les travers des indigènes auront-ils à apprendre ?

Car nous estimons que le médecin de colonisation idéal est celui qui parle couramment l'arabe (l'indigène n'aime pas conter ses petits ennuis physiques à l'interprète, surtout quand il s'agit de sa femme), qui connaît, fut-ce même superficiellement, le Coran et quelques hadits.

Et, puisque nous y sommes, nous pouvons bien dire qu'elles devraient être les qualités du médecin idéal du bled algérien.

Premièrement : il possèdera une connaissance suffisante de son art, et il sera suffisamment chirurgien pour se tirer honnêtement de toutes les opérations d'urgence ;

Deuxièmement : il parlera couramment l'arabe et le lira si possible ;

Troisièmement : il connaîtra le Coran, ou tout au moins son esprit (les arabes algériens, — nous avons quelque honte à l'avouer, — le connaissent imparfaitement) et les principaux écrits et commentaires sur la religion musulmane.

Il puisera dans cette connaissance l'influence du marabout, et il y trouvera de quoi surmonter beaucoup de résistance.

Nous croyons aussi qu'il serait utile d'orienter ceux qui font du maraboutisme leur profession, vers une meilleure connaissance du Coran qu'ils ne possèdent pas toujours. Le livre saint est plein de bons préceptes. Il suffira de dire que sur 600 versets, plus de 150 se rapportent à l'hygiène. Et cependant, quel manque d'hygiène chez le plus grand nombre de nos coreligionnaires ! Le Coran est si mal connu des musulmans d'Algérie, — exception faite cependant des citadins et des lettrés, — que nous pouvons presque dire que ceux qui le suivent le mieux, sans s'en douter, sont aujourd'hui les européens.

Les marabouts, imprégnés du vrai Coran, répandraient ses lumières qui, fatalement, seraient fécondes. C'est là l'une des premières conditions du réveil intellectuel de l'Islam, subjugué depuis trop longtemps par l'interprétation erronée et intéressée de quelques dirigeants musulmans responsables d'avoir éteint le lustre arabe.

Mais, toutes les conditions que nous voudrions voir remplir par nos médecins de colonisation sont bien loin d'être de mise, surtout en ce jour où la fleur d'une génération disparaît sur les immenses champs de bataille. Après le formidable choc, qui fera disparaître peut-être le 1/6 de l'armée française, les activités restantes trouveront d'autres voies d'action, plus fécondes. Et nous prévoyons que le recrutement des médecins de colonisation deviendra encore plus difficile. Nous croyons donc devoir abandonner notre idéal et nous rabattre sur des idées plus pratiques.

Peut-être, cependant, le nombre des médecins-femmes augmentera-t-il. Ce serait très avantageux au point de vue de l'assistance à la femme indigène. Mais, vraiment, on ne peut demander à une femme d'occuper, certains au moins, des postes de colonisation.

D'ailleurs, jamais aucune d'elles n'a manifesté le désir d'entrer dans cette pénible carrière et les rares étudiantes qui ont fait de courts remplacements, les abandonnent avec plaisir.

Mais ne pourrait-on pas demander aux indigènes ou aux plus doués d'entre eux, de faire des études les mettant à même de donner l'assistance médicale à leurs coreligionnaires ? ,

Depuis de nombreuses années déjà, les portes des Facultés de médecine ont été franchies par le premier étudiant musulman.

On chercha à favoriser la production de médecins parmi les indigènes. Le but ne fut pas atteint. Mais les temps nous paraissent changés et le nombre des étudiants musulmans nous semble augmenter à Alger. Il y aurait peut-être à encourager plus largement qu'on ne le fait ce mouvement spontané. Mais, jusqu'à présent, les docteurs musulmans se sont toujours installés dans les grandes villes. Il semble donc que ce n'est pas sans difficultés qu'on trouvera une solution satisfaisante dans cet ordre d'idées. Peut-être cependant qu'en multipliant les bourses de lycées et les bourses d'enseignement supérieur, et en y joignant les obligations nécessaires, on arriverait à un résultat au moins partiel. Toutefois, il faut prévoir l'obligation d'abandonner cette idée. Alors il ne nous reste plus qu'à revenir à l'ancien officiat de santé qui fut réclamée, en 1906, par les Délégations financières.

Un maître éminent dans cette Ecole, M. le Professeur Trolard, a dit : « Il n'y a pas de demi-malades, il ne peut y avoir de demi-médecins ». Il est vrai qu'il voulait surtout désigner les sous-officiers de santé projetés par Jules Ferry. Nous ne pouvons accepter pratiquement cette idée théoriquement des plus vraies. Entre plusieurs maux, il faut choisir le moindre. Nos anciens officiers de santé n'ont-ils donc rendu aucun service ? Les médecins indigènes de l'Inde, de l'Egypte, et de Madagascar, ne rendent-ils donc eux-mêmes aucun service ? On les a pourtant conservés, et c'est là la meilleure consécration de leur utilité. D'ailleurs, M. Trolard lui-même, en 1904, reconnaissait l'impossibilité dans laquelle est le médecin de colonisation de se transporter partout où sa présence est nécessaire. Il avait proposé la création de médecins indigènes auxquels on ferait des avantages et qui pourraient être admis dans le cadre de la colonisation après un certain stage. Et alors avec cette idée, on peut concevoir un corps d'étudiants musulmans recrutés parmi les jeunes indigènes les mieux doués, admis dans les Facultés, sous certaines conditions de connaissances secondaires suffisantes (première partie du baccalauréat, etc., concours d'admission), vers l'âge de 18 à 20 ans, qui feraient

leurs études grâce à des bourses de la colonie quand leur situation de famille le nécessiterait. Ces études dureraient au moins quatre ans et l'enseignement qu'ils recevraient serait assez voisin de celui que reçoivent les futurs docteurs. Ils pourraient être admis à prendre part au concours de l'externat des hôpitaux à la fin de la deuxième ou de la troisième année de leurs études, voire même à celui de l'internat au bout de la quatrième année, si leurs études duraient cinq ans. Leur diplôme obtenu, ils recevraient une affectation de la voie administrative et devraient se soumettre à cette désignation, sous peine d'interdiction d'exercer la médecine.

On peut concevoir ainsi une organisation d'assistance médicale à plusieurs degrés :

Premier degré : le médecin de colonisation actuel, Directeur d'une infirmerie assez importante, placé à la tête de l'assistance médicale d'un centre de rayon comparable à celui des circonscriptions actuelles. Il aurait la surveillance des agents du deuxième degré, et devrait, sous réserve d'indemnité, se rendre dans leur sphère d'action à intervalles réguliers, et toutes les fois que ces agents feraient appel à son concours.

Deuxième degré : les officiers de santé indigènes chargés de la direction d'une infirmerie de moyens et d'importance moindre, ou au moins d'un refuge pour blessés et malades. Leur résidence serait un centre de tribus ; ils seraient chargés de tournées très nombreuses et de répondre à l'appel des indigènes éloignés, malades et non transportables.

Les auxiliaires médicaux actuels seraient placés auprès des médecins de colonisation et des officiers de santé. D'autres seraient placés en pleine tribu ou au centre de petits groupes de tribus avec devoir de diriger les soins prescrits, de répandre en les pratiquant, l'emploi des lavages d'yeux à l'eau boriquée, de signaler les malades à l'officier de santé ou au médecin, de signaler les foyers d'épidémie et de provoquer la venue de l'un des deux praticiens, chaque fois qu'il lui semblera utile de le faire. Ils seraient, en outre, chargés de refuges pour malheureux et malades (Docteur Claverie).

En somme, nos auxiliaires actuels seraient des infirmiers de choix et, en cela, nous ne faisons que reprendre l'idée émise par M. Jonnart en 1900.

Il émit aussi l'idée d'infirmières indigènes qui résideraient dans les tribus. Cette conception nous paraît excellente. Reste à savoir si une école d'infirmières indigènes aurait des élèves. On pourrait toujours charger la femme de l'auxiliaire indigène marié ou une femme des tribus, dressée, de rechercher et de signaler les maladies chez les enfants, et les accouchements de durée anormalement prolongée ; dans ce cas, elle ferait appeler la sage-femme indigène qui serait, elle aussi, placée dans une proximité relative.

Car il semble, en effet, que les jeunes filles indigènes, ou les jeunes femmes ne sont pas aussi réfractaires à l'enseignement que les matrones que l'on voulut instruire autrefois. Nous avons vu plusieurs d'entre elles se faire diplômer par la Faculté d'Alger et l'une d'elles fut même première lauréate. Mme Poli-Garnier nous a dit connaître plusieurs jeunes musulmanes qui poussent un peu leurs études primaires dans le but de pouvoir, dans quelques années, conquérir le diplôme de sage-femme. Nous tenons à attirer l'attention sur ce mouvement spontané et signaler l'avantage qu'il y aurait à le développer. Ces nouveaux agents seraient également placées au centre des tribus et se déplaceraient à la demande de l'infirmière qui leur signalerait les accouchements. A leur tour, elles feraient prévenir l'officier de santé ou même le médecin dans les cas d'accouchement dystocique. Elles seraient chargées de pratiquer et de faire pratiquer par l'infirmière de tribu, de fréquents lavages d'yeux et de répandre chez les femmes musulmanes les notions élémentaires d'hygiène.

Mais là encore il faut envisager la pénurie de sages-femmes européennes ou indigènes qui accepteraient de résider au centre des groupes de tribus. Il faut alors se demander si les sages-femmes, voire les médecins et officiers de santé indigènes, ne pourraient pas recruter dans leur centre même des jeunes filles auxquelles ils donneraient quelques notions élémentaires d'obstétrique qui leur permettraient ainsi que le voudrait le Docteur Gros :

1° De prévoir la complication nécessitant la présence du médecin au moment de l'accouchement ;

2° De reconnaître cette complication ;

3° D'exécuter avec tous les soins d'antisepsie nécessaire les actes que nécessite un accouchement normal ;

4° D'emmailloter et soigner l'enfant ;

5° De parer aux complications graves et urgentes qui surviennent quelquefois après l'accouchement.

Ces auxiliaires sages-femmes pourraient être très utiles. Les musulmanes qui en manifesteraient le désir, devraient être attirées dans les maternités ou infirmeries, et là, elles recevraient un enseignement obstétrico-gynécologique pratique. Ces nouvelles auxiliaires, rendues capables de prévoir des situations difficiles ou de les reconnaître, conseilleraient en temps opportun à l'entourage de recourir au médecin.

D'autre part, médecins, officiers de santé, sages-femmes, devraient, ainsi qu'on l'a dit avant nous, s'entourer d'enfants, garçons ou filles, d'âge variable (petites filles de 12 ans dans le cas d'affections gynécologiques ou obstétricales), dont le cerveau est encore vide d'impressions personnelles et surtout de préjugés. Au lieu de rabrouer leur curiosité, il faut la développer lorsqu'ils font cercle autour de nous, et la satisfaire. Il faut bien montrer à ces jeunes cerveaux ce que l'on peut attendre de la thérapeutique actuelle : rien n'est aussi vivace que les sensations, surtout visuelles, emmagasinées pendant le jeune âge dans notre cerveau humain.

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir démontré que le Coran ne s'oppose pas à l'assistance publique des musulmans par l'administration et par la médecine françaises. Loin de proscrire les soins des médecins non musulmans, le livre saint, ainsi que ceux qui l'ont commenté, conseillent d'y avoir recours.

Nous avons vu que pendant l'apogée de la civilisation arabe, alors que le Coran, non encore obscurci par ses nombreux commentateurs, était suivi dans son esprit le plus large, l'assistance publique occupait une place prépondérante, bien supérieure à celle qui lui était assignée dans les pays occidentaux.

Plus tard, l'esprit étroit et intéressé de ceux qui s'étaient arrogé le droit d'enseigner le Coran aboutit à la déchéance progressive des sciences et de la civilisation. Les Turcs ont apporté cet esprit de régression pendant la longue période qu'a duré leur domination dans le Nord de l'Afrique. L'œuvre qu'ils ont laissée s'appelle le Néant.

Avec l'Administration française nous voyons s'élever une nouvelle floraison qui n'a pas cessé de s'accroître, mais qui a subi une poussée vigoureuse au cours de ces vingt dernières années.

Nous avons exposé les étapes successives rapidement parcourues en trois quarts de siècle par l'assistance médicale des indigènes. Sans vouloir toutes les énumérer une fois de plus ici, nous mentionnerons les soins donnés aux populations indigènes tout au début de la conquête par les médecins militaires ; puis l'admission des musulmans dans tous les hôpitaux fondés pour les besoins des Européens et de l'armée, la création des médecins de colonisation destinés à soigner les

malades de leur circonscription sans distinction de race ni de confession religieuse.

Sous l'impulsion des idées généreuses de la France, nous assistons à la création successive des hôpitaux uniquement destinés aux musulmans, à la création des infirmeries communales, à celles des infirmeries spéciales aux femmes, aux consultations consacrées aux femmes et aux enfants ; pour venir en aide aux femmes en couche, des tentatives multiples ont été faites, et si le problème n'a pas été résolu, il a été nettement posé.

Des infirmeries mobiles ont été installées chez les Nomades et les ont suivis jusque dans les sables du Désert. Dans l'extrême-Sud des infirmeries indigènes ont été fondées ; on a trouvé des praticiens habiles pour en assurer le fonctionnement. On a installé des laboratoires de recherches scientifiques dans des régions éloignées du littoral, au seuil même du Sahara.

Certes, la perfection est loin d'être atteinte et nous croyons pouvoir conclure de notre exposé de l'état actuel de l'assistance aux indigènes en Algérie que cette assistance est encore insuffisante. Il semble qu'on est arrivé à l'établissement hospitalier idéal : l'infirmerie indigène. Elle suffit en ce moment aux besoins de bien être des musulmans du bled, les hôpitaux sont trop chers. Nous voudrions donc voir se multiplier les infirmeries indigènes, voir en même temps et surtout se multiplier les médecins de colonisation.

Les circonscriptions médicales sont trop vastes et l'assistance à domicile, même en cas d'extrême urgence, y est impossible. Les consultations elles-mêmes ne peuvent qu'être rapides.

Que l'on fasse aux médecins de colonisation une situation telle que soit remédiée à la pénurie de candidats des derniers concours ou que l'on s'adresse à un autre moyen, cela nous est indifférent. Nous croyons cependant qu'en raison des événements actuels, les intelligences et les activités trouveront à mieux s'occuper dans les carrières économiques que dans la carrière médicale. Nous serions étonné que le relèvement des traitements, fussent-ils portés à 15.000 francs, donnât, en Algérie, un nombre suffisant de médecins de colonisation. On a

estimé que ce nombre devrait être de 400, à notre avis cette estimation est encore au-dessous de la vérité ! (La population musulmane d'Algérie étant d'environ 5.000.000 d'habitants, 4.000.000 environ habitent l'intérieur et sont ou devraient être soignés par les médecins de colonisation. Il semble bien difficile d'assurer une assistance efficace avec moins de un médecin par 5 ou 8.000 habitants. C'est donc à 500 au moins que devrait être porté le nombre des médecins de colonisation). Force est donc de s'adresser à une autre solution possible du problème. Nous estimons qu'il conviendrait de revenir à l'officiat de santé indigène. La question mérite d'être étudiée de nouveau. Les auxiliaires médicaux actuels doivent être conservés, ce sont d'excellents infirmiers. Des sages-femmes françaises ou musulmanes doivent être installées en grand nombre dans les centres de quelque importance. Il faut favoriser les jeunes femmes indigènes qui veulent suivre l'enseignement de nos maternités, et si l'on ne peut en faire des sages-femmes, en faire des auxiliaires sages-femmes que l'on dispersera.

C'est aux très jeunes musulmanes que l'on devra s'adresser. Ils fréquenteront de bonne heure les collèges, les lycées, plutôt que les Médersas (grâce à des bourses) : leur esprit neuf, à cet âge, est seul capable de s'affranchir des préjugés et de l'ignorance, cause de leurs nombreux maux.

Ainsi que le verront ceux qui se sont occupés de la question, nous ne faisons que rappeler les projets antérieurs. Mais à quoi bon en chercher d'autres, puisqu'ils nous paraissent répondre aux besoins actuels. Certes, ce que nous demandons coûtera beaucoup, et nous ne prétendons pas qu'on puisse le réaliser d'un seul coup. L'important est d'adopter un programme et de le réaliser par étapes successives.

En ce moment, les sujets français musulmans donnent à leur Patrie d'adoption des preuves du plus pur loyalisme, et ce loyalisme ne se démentira pas. C'est la reconnaissance des bienfaits reçus.

Nous avons entendu dire, bien souvent, que l'Algérie serait la rançon d'une guerre malheureuse de la France avec l'Allemagne.

La perspective de cette éventualité nous donne le frisson.

Nous savons comment les malheureuses populations d'Alsace-Lorraine ont été traitées pendant quarente-quatre ans par leurs vainqueurs. Le peuple qui prétend posséder le plus haut degré de la « kultur », a marqué son passage en Belgique, dans le Nord et dans l'Est de la France, en Pologne et en Russie de tant de cruautés, de tant d'horreurs, de tant de sang et de tant de ruines, qu'il nous inspirera les plus grands efforts et les plus grands sacrifices pour échapper à son emprise.

C'est notre liberté et notre bonheur que nous défendons, en luttant à côté de la France sur les champs de bataille de Belgique et de la Métropole.

En retour des efforts qu'ils font pour la défendre, n'est-il pas juste que la France apporte à ses enfants adoptifs, les indigènes musulmans d'Algérie, une part plus large dans les œuvres destinées à les protéger contre la maladie et contre la mort ?

On a dit que les Français et les Indigènes devaient collaborer ensemble pour concourir à la grandeur et aux progrès de l'Algérie. S'il nous était permis d'emprunter le langage des sciences biologiques, nous dirions qu'il s'agit d'une symbiose franco-musulmane.

Cette symbiose, scellée dans le sang des batailles livrées pour le même idéal, peut devenir encore plus féconde.

La tragédie gigantesque qui se déroule en ce moment, et qui a l'Europe entière comme théâtre, s'accompagne d'une consommation effroyable de vies humaines. Aux disparus vient s'ajouter la longue cohorte des mutilés et des infirmes. La France avait une natalité déjà peu abondante ; la guerre va accroître encore le déficit de sa population.

La natalité de la race arabe est tellement intense qu'en dépit des maladies résultant d'une hygiène plus que primitive, la population indigène a doublé en moins de cinquante ans. Il existe donc, en Algérie, une réserve considérable d'activité humaine. Elle ne demande qu'à se développer et à se laisser diriger pour aider la France à continuer l'accomplissement de sa glorieuse mission civilisatrice dans le monde.

BIBLIOGRAPHIE

R. AYNARD. — L'œuvre française en Algérie. Hachette, Paris, 1913.

Mme H. ABADIE-FEYGUINE. — L'Assistance Médicale des femmes indigènes en Algérie, thèse de Montpellier, 1905.

E.-L. BERTHERAND. — Contribution des Arabes au progrès des sciences médicales. *Paris-Médical*, nos 17, 18, 19, année 1888.

BERTHERAND. — La médecine et l'Hygiène des Arabes. Chez Ballière, 1855.

BÉCHIR-SFAR. — L'Assistance publique musulmane en Tunisie. Imprimerie Rapide, Tunis, 1896.

BRUNSWICK-LE-BIHAN. — Hôpital Sadiki. L'assistance médicale des indigènes de Tunisie et les auxiliaires médicaux. Tunis, Imprimerie Rapide, 1904.

BRAULT et CURTILLET. — Auxiliaires médicaux indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, page 579.

M. COLIN. — Quelques questions algériennes. L. Larosse, Paris, 1899.

M. COLIN. — *Journal des Débats*, id. du 27 septembre 1903.

G. COLIN. — Abd-el-Rezzak el Jezaïri : Un médecin arabe du XIIe siècle. Thèse Montpellier, 1905.

A. CAMBILLET. — L'Assistance médicale aux indigènes de la circonscription de Flatters en 1907. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1908, pages 327 et 343.

CROZES. — Service médical de colonisation du département de Constantine, en 1905. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1906, page 145.

CROZES. — Rôle du médecin de colonisation en Algérie. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, page 171.

CLAVERIE. — La réorganisation du service médical de colonisation. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1906, page 54.

H DUCHÊNE-MARULLAZ. — L'hygiène des Musulmans d'Algérie. Thèse de Lyon, 29 décembre 1905.

FOLEY. — L'infirmerie indigène de Béni-Ounif en 1907. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1908, page 661.

H. GROS. — Médecins de colonisation en Algérie. *Archives de Médecine navale*, avril 1898.

H. GROS. — Statistique et fonctionnement de l'Infirmerie indigène de Rébeval, pendant l'année 1904. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1906, pages 79, 151, 299, 308, 534, 588.

GROS. — Remarques sur la construction, l'aménagement et le fonctionnement des Infirmeries indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1907, page 479.

H. Gros. — L'Infirmerie indigène de Rebeval. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1903.

H. Gros. — Extrait de la statistique de l'Infirmerie de Rébeval. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, page 597.

H. Gros. — Assistance aux femmes musulmanes en couches. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, page 29.

Guth. — L'assistance médicale à l'oasis saharienne du Gourara et l'infirmerie indigène de Timimoun. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1907, page 586.

Hanriot. — Les Eaux minérales de l'Algérie. Paris, Dunod et Pinat, 1911.

Lestage. — Infirmeries indigènes 1901-1904. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, page 298.

Lestage. — Assistance médicale des Indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, pages 496-601.

Lestage. — Assistance médicale indigène et médecins de colonisation. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, page 21.

L. Leclerc. — Histoire de la Médecine arabe. Les sciences en Orient. Leur transmission à l'Occident. Paris, E. Leroux, 1876.

Lévi-Bram. — De l'assistance médicale des Indigènes en Algérie, particulièrement assistance médicale des femmes et des enfants. Essai de cette assistance pour les femmes et les enfants. Thèse de Paris, 1907.

Massonnet. — Projet de règlement du service médical de colonisation. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1906, page 21.

Moreau. — Un peu d'arithmétique S. V. P., à propos des auxiliaires médicaux indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, pages 599.

Monnet. — La fourniture des médicaments dans le projet de l'organisation de l'assistance publique chez les Indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1903, page 482, *addendum* par M. le docteur H. Soulié.

Poujol. — Quelques réflexions sur le rôle du médecin de colonisation en Algérie. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, page 240.

Poujol. — Trois mois de fonctionnement de l'infirmerie indigène d'Aïn-Bessem. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, page 496.

Poujol. — Sur la nécessité de doter les infirmeries indigènes d'un bât de mulet et d'une paire de litières du modèle en usage dans l'armée. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1908, page 633.

A. Prengrueber. — Les infirmeries indigènes en Algérie. Etude sur un projet d'infirmerie indigène à Palestro. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, page 431.

L. Raynaud. — Etude sur l'Hygiène et la Médecine au Maroc. Paris, J.-B. Ballière.

L. Raynaud. — Un an de fonctionnement du service des consultations cutanées et vénériennes à l'Hôpital de Mustapha. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, p. 57.

Romary. — L'assistance médicale indigène en territoire militaire. L'infirmerie arabe d'Aflou. *Bulletin Médical de l'Algérie*, p. 120, 1904.

H. Soulié. — L'assistance médicale des indigènes musulmans d'Algérie. *Bulletin Médical de l'Algérie*, octobre 1903.

H. Soulié. — L'exercice de la médecine en pays arabe. Médecins, auxiliaires médicaux, instituteurs. *Bulletin Médical de l'Algérie*, octobre 1904, p. 413.

H. Soulié. — L'assistance médicale des Indigènes musulmans d'Algérie. Congrès colonial, Paris, 1904.

H. Soulié. — (En collaboration avec le Docteur L. Raynaud). De l'utilité de créer un corps d'aide-médecins indigènes en Algérie. Congrès colonial, Paris, 1904.

H. Soulié. — L'assistance publique chez les indigènes musulmans d'Algérie. *Revue d'Europe et des colonies*, juillet 1904.

H. Soulié. — (En collaboration avec MM. Ed. Bruch, Bordo et Claude). Hygiène et assistance en Algérie. Brochure de l'Exposition Universelle de 1900.

H. Soulié. — Auxiliaires médicaux indigènes, infirmeries européennes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1906, page 449.

H. Soulié. — Les auxiliaires médicaux indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1912, page 442.

Susini. — Infirmerie indigène de Berrouaghia. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, p. 169.

Trolard. — A propos de l'assistance publique chez les indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1904, p. 71.

Trolard. — L'exercice de la médecine par les instituteurs. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, p. 23.

Trolard. — Assistance médicale des indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, page 23.

Trolard. — L'inspectorat de la Médecine de colonisation. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1905, pages 298 et 461.

Trolard. — Auxiliariat et officiat de santé indigènes. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1906, page 614.

Trolard. — L'assistance à domicile et les ambulances rurales en Algérie. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1907, p. 775.

Trabut. — Sur un projet de création, à l'Ecole de Médecine d'Alger, d'une section spéciale de l'enseignement de la médecine, en vue de préparer des praticiens pour les pays musulmans d'Afrique. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1908, n° 727.

Trenga. — A propos des auxiliaires médicaux indigènes. Trenga-Soulié, *Bulletin de l'Algérie* 1906, n° 493.

J.-B. Vincent. — Les Médecins de l'Algérie au temps de la conquête. Contribution à l'histoire de la médecine française en Algérie. Thèse Alger, 1914.

Recrutement des indigènes de colonisation. *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1907, page 415.

Exposé de la situation générale de l'Algérie par le Gouverneur Général :

1° Territoires civils, années 1900-1914 ;

2° Territoires du Sud 1905-1913.

Statistique générale du Gouvernement Général, année 1912.

Vu :

Le Président de thèse,

Dr Soulié.

Vu et approuvé :

Alger, le 6 novembre 1915.

Le Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 8 novembre 1915.

Le Recteur de l'Académie d'Alger,

E. Ardaillon.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 13

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE :

I. — La médecine et l'assistance médicale musulmanes 17

II. — L'assistance française aux indigènes d'Algérie 24

CHAPITRE II

ETAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE AUX INDIGÈNES D'ALGÉRIE :

Paragraphe Ier. — L'Assistance dans les territoires du Nord :

Hôpitaux civils 37

Les hôpitaux mixtes 38

Les hôpitaux indigènes. Hôpital de Michelet 39

Les infirmeries indigènes 43

Médecins de colonisation 44

Auxiliaires médicaux indigènes 45

Infirmerie de Palestro 48

Infirmerie spéciales aux femmes 51

Les consultations gratuites avec distribution gratuite des médicaments :

a) Consultations dans les hôpitaux 52

b) Consultations créées par les Communes 53

c) Consultations par les médecins de colonisation et les médecins communaux chargés de service dans les communes mixtes 53

Tournées de vaccination et de revaccination 55

Bureaux de bienfaisance 56

Assistance à domicile 56

Assistance aux femmes en couches et aux nouveaux-nés 57

Assistance aux aliénés 58

Aménagement des sources et travaux de salubrité 58

Pages

Paragraphe II. — L'assistance dans les territoires du Sud (territoire de commandement) 59
Hôpitaux militaires 60
Hôpitaux indigènes 60
Les infirmeries indigènes 61
Laboratoire de bactériologie 63
Consultations gratuites et vaccinations 63
Lutte anti-épidémique 64

CHAPITRE III

Résultats donnés par l'assistance médicale aux indigènes. — Critiques. — Ce que l'on pourrait obtenir 65
CONCLUSIONS 77
BIBLIOGRAPHIE 81

ALGER — TYPOGRAPHIE ADOLPHE JOURDAN — ALGER

Alger — Typographie Adolphe Jourdan — Alger